

# Gutachten

## zur zukünftigen Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern

angesichts des Fachkräftemangels und kritischer medizinischer Situationen  
z.B. der COVID-19-Pandemie

vom 03. März 2023 mit Überarbeitungen vom **21. Mai 2024**

Gutachter und Autor	Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard <b>Nagel</b>
Co-Autor:innen	Katharina <b>Fernando Samarappuli</b> , M. Sc.; Katja <b>Kirchner</b> , M. Sc.; Dr. rer. pol. Michael <b>Lauerer</b> , Dipl. Soz.-Wirt; Ulrike <b>Linstedt</b> , M. Sc.; Anna Katharina <b>Ott</b> , M. A.
Ausführende Einrichtung	GWS – Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH Prieserstraße 6b 95444 Bayreuth



**GWS – Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH**

Prieserstraße 6b

95444 Bayreuth

eckhard.nagel@health-science-strategy.de

[www.health-science-strategy.de](http://www.health-science-strategy.de)

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	V
Tabellenverzeichnis .....	VII
<b>1 Einleitung: Hintergrund, Ziel und Aufbau des Gutachtens .....</b>	<b>1</b>
<b>TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Zielsetzung und Vorgehen .....</b>	<b>5</b>
<b>3 Stationäre Versorgung .....</b>	<b>6</b>
3.1 Bayern .....	6
3.2 Deutschland.....	11
3.3 International.....	14
3.4 Zwischenfazit.....	25
<b>4 Intensivmedizinische Versorgung .....</b>	<b>27</b>
4.1 Bayern .....	27
4.2 Deutschland.....	31
4.3 International.....	34
4.4 Zwischenfazit.....	36
<b>5 Personalsituation in der stationären Versorgung.....</b>	<b>37</b>
5.1 Bayern .....	37
5.2 Deutschland.....	39
5.3 International.....	42
5.4 Zwischenfazit.....	45
<b>6 Fazit .....</b>	<b>47</b>
<b>TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren .....</b>	<b>49</b>
<b>7 Zielsetzung .....</b>	<b>51</b>
<b>8 Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>52</b>
8.1 Recherche: Suchquellen, -strategie und -ablauf.....	52
8.2 Auswahl: Selektionskriterien und Screeningprozess .....	53
<b>9 Ergebnisse.....</b>	<b>55</b>
9.1 Gesamtübersicht über die relevanten Studien.....	55
9.2 Fluktuation von (intensivmedizinischen) Pflegekräften.....	68
9.2.1 Generelle Gründe für die Fluktuation von Pflegekräften .....	68
9.2.2 Spezifische, mit der COVID-19-Pandemie assoziierte Gründe .....	74
9.3 Wege zur Bindung (intensivmedizinischer) Pflegekräfte .....	76
9.4 Wege zur Gewinnung (intensivmedizinischer) Pflegekräfte .....	78
<b>10 Diskussion .....</b>	<b>80</b>
<b>11 Fazit .....</b>	<b>82</b>
<b>TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews .....</b>	<b>83</b>

---

<b>12 Zielsetzung</b> .....	<b>85</b>
<b>13 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>86</b>
<b>14 Ergebnisse</b> .....	<b>88</b>
14.1 Sample: Teilnehmer:innen und Funktionen .....	88
14.2 Problembeschreibung .....	89
14.3 Lösungsansätze .....	92
<b>14.4 COVID-19-Pandemie</b> .....	<b>96</b>
<b>15 Diskussion</b> .....	<b>97</b>
<b>16 Fazit</b> .....	<b>98</b>
<b>TEIL IV: Handlungsoptionen und Empfehlungen</b> .....	<b>99</b>
<b>17 Zielsetzung</b> .....	<b>101</b>
<b>18 Rekapitulation der Teilergebnisse und Implikationen der COVID-19-Pandemie</b> .....	<b>102</b>
<b>19 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>104</b>
19.1 Übersicht und iterative Integration von Teilergebnissen .....	104
19.2 Expert:innenworkshop zur Identifikation von Handlungsoptionen .....	106
19.3 Abschließende Konsultation von Expert:innen zur Ableitung von Handlungsempfehlungen .....	108
<b>20 Übersicht über die Handlungsoptionen</b> .....	<b>109</b>
<b>21 Handlungsempfehlungen</b> .....	<b>133</b>
21.1 Führung, Verantwortung und Kommunikation für die Pflege neu denken.....	135
21.2 Selbstwirksamkeit und Kompetenz durch Aus- und Weiterbildung steigern .....	137
21.3 Work-Life-Balance als Leitbild für den Reformprozess etablieren.....	139
21.4 Pflege als zentralen Baustein der grundsätzlichen Reformen im Gesundheitswesen anerkennen .....	142
Literaturverzeichnis .....	145
Anhang 1: Übersicht über die eingeschlossene Literatur .....	161
Anhang 2: Interviewleitfaden .....	218
Anhang 3: Kategoriensystem und Häufigkeiten .....	223
Anhang 4: miro Board des Expert:innenworkshops zur Ableitung von Handlungsoptionen .....	227
Anhang 5: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Landespolitik .....	228
Anhang 6: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Pflegekräfte .....	229
Anhang 7: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Pflegedienst-, Stationsleitung und der Führungskräfte .....	231
Anhang 8: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Klinikleitung.....	234
Anhang 9: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Ausbildungsstätten .....	237
Anhang 10: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung.....	238
Anhang 11: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Bundespolitik .....	239

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Zentrale Vergleichsindikatoren in der stationären Versorgung.....	7
Abb. 2	Entwicklung der Bettendichte in Bayern von 1999 bis 2020 .....	7
Abb. 3	Entwicklung Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland 1999 bis 2020.....	12
Abb. 4	Entwicklung Bettendichte in ausgewählten europäischen Staaten 2008 bis 2019 .....	15
Abb. 5	Anzahl Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich (2019).....	16
Abb. 6	Krankenhausentlassraten je 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich (2019).....	17
Abb. 7	Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) in Krankenhäusern im internationalen Vergleich (2019) .....	18
Abb. 8	Entwicklung Bettenauslastung zwischen 2009 und 2019 im internationalen Vergleich .....	19
Abb. 9	Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt, basierend auf nicht verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020 .....	21
Abb. 10	Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt, basierend auf verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020.....	22
Abb. 11	Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall, basierend auf nicht verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020.....	23
Abb. 12	Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall, basierend auf verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020 .....	24
Abb. 13	Entwicklung Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen in Bayern von 2017 bis 2019.....	28
Abb. 14	Entwicklung der Gesamtzahl der gemeldeten Intensivbetten in Bayern.....	29
Abb. 15	Entwicklung Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen in den Bundesländern und Deutschland 2017 bis 2019 .....	31
Abb. 16	Entwicklung Gesamtzahl der gemeldeten Intensivbetten in Deutschland und Bayern April 2020 bis Juli 2022 .....	33
Abb. 17	Anzahl Intensivbetten für Erwachsene je 100.000 Einwohner:innen 2019 im Vergleich zu 2020 .....	34
Abb. 18	Aufteilung des in der stationären Versorgung tätigen Personals in Bayern 2020 nach Funktionsbereichen.....	39
Abb. 19	Aufteilung des in der stationären Versorgung tätigen Personals in Deutschland 2020 nach Funktionsbereichen.....	41

---

Abb. 20	Anzahl im stationären Sektor tätiger Personen in den OECD-Staaten je 100.000 Einwohner:innen (2019).....	44
Abb. 21	Suchkomponenten der systematischen Literaturrecherche .....	53
Abb. 22	PRISMA-Chart zum Screeningprozesse für die durch die PubMed-Recherche identifizierten Studien.....	55
Abb. 23	Übersicht zum Screeningprozesses im Rahmen des Snowballing-Verfahrens .....	56
Abb. 24	Übersicht zu den zur Fluktuation führenden Faktoren.....	73
Abb. 25	Übersicht über das methodische Vorgehen zur Ableitung der Handlungsoptionen und -empfehlungen .....	105
Abb. 26	Ergebnisse des Expert:innenworkshops, dargestellt als Ausschnitt aus dem miro Board ....	107
Abb. 27	Übersicht über die Handlungsoptionen .....	109
Abb. 28	Schlüsselkomponenten eines Magnetkrankenhauses.....	127
Abb. 29	Übersicht über die Handlungsfelder.....	134

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Situation in der stationären Versorgung in Bayern 2020 und Vorjahresvergleich.....	11
Tab. 2	Situation in der stationären Versorgung in Deutschland 2020 und Vorjahresvergleich.....	13
Tab. 3	Vergleich stationäre Versorgung in Bayern und Deutschland 2020 inklusive Vorjahresvergleich.....	14
Tab. 4	Vergleich der stationären Versorgung OECD und Deutschland 2019.....	20
Tab. 5	Vergleich der intensivmedizinischen Versorgung zwischen Bayern und Deutschland 2020 ..	32
Tab. 6	Anteil Personal mit direktem Anstellungsverhältnis bei der Einrichtung in Bayern und Deutschland 2020 nach Funktionsgruppen.....	42
Tab. 7	Ein- und Ausschlusskriterien zur systematischen Auswahl von Publikationen .....	54
Tab. 8	Gesamtübersicht über die inkludierten Studien.....	57
Tab. 9	Liste der interviewten Expert:innen (alphabetisch geordnet) .....	88
Tab. 10	Übersicht der an den Konsultationen partizipierenden Expert:innen .....	108
Tab. 11	Überblick der Handlungsoptionen nach zeitlicher Dimension und Adressaten .....	129

# 1 Einleitung: Hintergrund, Ziel und Aufbau des Gutachtens

Die in Wellen verlaufende COVID-19 -Pandemie mit ihrer spezifischen Form der Dissemination und ihren auf – physischer wie persönlicher Ebene – oft schwerwiegenden Krankheitsverläufen wirkt in vielen Lebensbereichen wie ein Scheinwerfer, der wirtschaftliche, soziale und medizinische Herausforderungen und Problemfelder hervorhebt. Hierzu gehört im Bereich der Gesundheitsversorgung vor allem die Intensivmedizin, die als überlebensnotwendige Unterstützung für Patient:innen generell eine zentrale Funktion hat und im Rahmen der sogenannten Erkrankungswellen überproportional gefordert wird. Die in diesem Bereich besonders deutlich hervorgetretenen Herausforderungen bzw. Problemstellungen sind aber keineswegs rein pandemiebedingt oder würden sich mit einem Abflachen der pandemischen Herausforderungen lösen. Vielmehr sind sie persistent, systemimmanent und multikausal. Entsprechend braucht es **differenzierte Lösungsansätze**, die sowohl eine **kurzfristige** als auch **mittel- und langfristige Perspektive** umfassen.

Die Bedeutung der Intensivmedizin in der Behandlungskette einer immer differenzierter werdenden, handlungsstarken, naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Versorgung hat dabei in den zurückliegenden drei Jahrzehnten stetig zugenommen. Bei internistischen, neurologischen oder chirurgischen Krankheitsbildern reduzieren sich durch den medizinischen Fortschritt zwar auf der einen Seite primär stationäre Indikationen. Auf der anderen Seite wächst beständig der Anteil intermediärer und intensivmedizinischer Einrichtungen – um die Komplexität des medizinischen Fortschritts zum Nutzen des einzelnen Menschen adäquat abbilden zu können. Neben der Finanzierungsfrage stellen vor allen Dingen **fachkräftebezogene Beschränkungen** diesen Ausbau in Frage.

Dies ist in der Pandemie besonders deutlich geworden, wobei hierzulande – im Vergleich zu anderen europäischen Staaten – eine eher gute Basisausgangssituation konstatiert wird. Das deutsche Gesundheitswesen war materiell und personell – im internationalen Vergleich – gut ausgestattet. Tatsächlich ist etwa die Zahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland höher als in allen anderen OECD-Ländern. Das medizinische Versorgungssystem hat im bisherigen Verlauf der Pandemie zudem gezeigt, dass es in einer solchen Notlage auch funktionieren kann. Andererseits unterstreichen regionale Überlastungssituationen – verbunden mit der Notwendigkeit zur Verlegung von Patient:innen – die Verletzlichkeit des vorliegenden Behandlungsangebotes. Hierbei handelt es sich nach aktuellen Analysen nicht um einen Mangel an materieller Infrastruktur, sondern um einen **beständig zunehmenden Fachkräftemangel**. Dieser nimmt gerade in den vorliegenden Belastungssituationen – gekennzeichnet etwa durch weitere Arbeitsverdichtung und personelle Überbelastung – durch die **zunehmende Aufgabe des Pflegeberufs** an Intensität zu.



Die aktuellen Ereignisse unterstreichen also ein drängendes Desiderat: Es braucht strukturierte **Korrekturen**, neue **Anreize**, sinnvolle **Strategien**, um die medizinische und insbesondere die intensivmedizinische Versorgung abzusichern. **Ziel des vorliegenden Gutachtens ist es, auf Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen und Überlegungen diesbezüglich Vorschläge zu erarbeiten.**

Dazu wird – um die Problemstellung und zentrale Entwicklungen objektiv zu beschreiben bzw. einzuordnen – in **TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung** zunächst die aktuelle Situation in Bayern, Deutschland und im internationalen Kontext analysiert und komparativ gegenübergestellt. Anschließend erfolgt zum einen ein systematischer Literaturreview und zum anderen qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Professionen: In **TEIL II: Systematischer Literaturreview** wird der aktuelle Forschungsstand zu bestehenden Gründen für die Fluktuation von intensivmedizinischen Pflegekräften einerseits und zu Strategien für die Absicherung der personellen (Pflege-)Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung andererseits erfasst. Die empirische Untersuchung in **TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews** stellt die zweite Säule des methodischen Ansatzes dar. Sie dienen zum einen der Ergänzung der im Review identifizierten Strategien und zum anderen der Einordnung bzw. Bewertung aller Strategien im Kontext der Situation in Bayern bzw. Deutschland. Zu Beginn der drei benannten Teile des vorliegenden Gutachtens findet sich jeweils eine Kurzzusammenfassung, der sowohl das methodische Vorgehen als auch die zentralen Erkenntnisse zu entnehmen sind. Im konklusiven **TEIL IV: Handlungsoptionen und Empfehlungen** werden die Ergebnisse der beiden voranstehenden Kapitel, d.h. des Reviews und der Interviews, in Handlungsempfehlungen für die Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern überführt. Neben internen Konsensverfahren dient hierzu auch ein Expert:innenworkshop. Schließlich werden die so identifizierten Optionen einer ersten Bewertung unterzogen und dann einer abschließenden Konsultation von Expert:innen zugeführt, um sie in Empfehlungen zu überführen, zu priorisieren sowie in eine kurz-, mittel- und langfristige Perspektive einzuordnen.

# TEIL I:

## Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung

Im vorliegenden Teil des Gutachtens werden – nach einer *Kurzzusammenfassung* auf der folgenden Seite – in *Kapitel 2* die zentralen Fragen und Ziele der Analyse der stationären Versorgung in Bayern dargelegt. Auf dieser Grundlage erfolgt in *Kapitel 3* eine Analyse und Beschreibung der Situation der stationären Versorgung im Allgemeinen: Dabei wird zunächst auf Bayern, dann auf Deutschland und abschließend auf die internationale Sachlage eingegangen. Die Analysen umfassen auch Vergleiche zwischen diesen Ebenen. Abschließend wird ein Zwischenfazit gezogen. Die Analysen in *Kapitel 4* fokussieren auf die intensivmedizinische Versorgung – wobei auch hier die Lage in Bayern, Deutschland sowie im internationalen Kontext beschrieben und vergleichend gegenübergestellt wird. Abschließend erfolgt auch für die intensivmedizinische Versorgung ein Zwischenfazit. Ergänzend folgt in *Kapitel 5* eine Untersuchung der Personalsituation in der stationären Versorgung, insbesondere in Bezug auf das Pflegepersonal und den intensivmedizinischen Kontext – wiederum für Bayern, Deutschland und im internationalen Zusammenhang. Auch hier erfolgt eine komparative Analyse zwischen diesen Ebenen und es wird ein Zwischenfazit gezogen. Mit *Kapitel 6* schließt der erste Teil des vorliegenden Gutachtens. Hier werden die Ergebnisse der vorherigen Kapitel in einem übergreifenden Fazit zusammengeführt.



## Kurzzusammenfassung

Im ersten Teil des Gutachtens wird die Situation im stationären und im intensivmedizinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung des Personals beschrieben, um eine datenbasierte Situationsanalyse als Grundlage für die weiteren Teile zu schaffen. Die entsprechenden Analysen stellen auch die Situation in Bayern, in Deutschland und im internationalen Kontext gegenüber. Sie basieren auf ausgewählten Vergleichsindikatoren und den jeweils aktuellen Daten. Dazu dienen insbesondere Zahlen, welche das Statistische Bundesamt sowie die OECD bereitstellen.

Im Vergleich zwischen Bayern und Deutschland zeigt sich, dass die stationäre und intensivmedizinische Versorgung in Bayern – gemessen an den vier Vergleichsindikatoren Anzahl der Krankenhaus-/Intensivbetten und stationäre/intensivmedizinische Fälle je 100.000 Einwohner:innen, durchschnittliche Verweildauer sowie durchschnittliche Bettenauslastung – im betrachteten Zeitraum über minimal geringere Kapazitäten verfügte und eine etwas höhere Auslastung aufwies. Wenngleich in Bayern und Deutschland nahezu gleich viele Vollzeit-Pflegekräfte je Krankenhausbett zur Verfügung standen, ist der Anteil des Pflegepersonals am gesamten Personal im stationären Sektor in Bayern leicht niedriger als im deutschen Durchschnitt. Insgesamt ist ein sich in den letzten Jahren verschärfender Personalmangel in der Intensivpflege erkennbar, welcher dazu beiträgt, dass die intensivmedizinischen Betten nicht vollständig betrieben werden können.

Im internationalen Vergleich lagen Deutschland und Bayern in Bezug auf die strukturellen Vergleichsindikatoren sowohl im stationären als auch im intensivmedizinischen Bereich deutlich über dem OECD-Durchschnitt. Bei den exemplarisch ausgewählten Qualitätsindikatoren zeigte sich jedoch ein ambivalentes Bild. Die Personaldecke in der Pflege war vor der Manifestierung der COVID-19-Pandemie in Deutschland besser als in den meisten anderen OECD-Staaten: Während Deutschland bei der Anzahl der stationär tätigen Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen exakt dem OECD-Mittel entsprach, lag der Anteil der stationär tätigen Pflegekräfte je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland um rund 4 % höher als im OECD-Durchschnitt. Bei der Interpretation der Daten aus dem internationalen Vergleich ist jedoch zu beachten, dass teilweise unterschiedliche Betrachtungszeiträume ebenso wie heterogene Definitionen von Vergleichskriterien zum Einsatz kommen, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

## 2 Zielsetzung und Vorgehen

Durch die komparative Analyse der stationären Versorgung, der intensivmedizinischen Versorgung und der Personalsituation in Bayern, Deutschland und im internationalen Kontext sollen zum einen die Situation und zum anderen die Entwicklung auf diesen Ebenen beschrieben werden. Der Fokus liegt dabei auf der Strukturqualität, vereinzelt werden auch Aspekte der Ergebnisqualität beleuchtet. Die Ergebnisse dieser quantitativen Gegenüberstellungen beschreiben die Ausgangssituation und bilden damit die inhaltliche Grundlage für die weiteren Kapitel.

Für die Analyse wird ein Set an Vergleichsindikatoren herangezogen und nach den aktuellen Daten recherchiert – insbesondere Zahlen, die das Statistische Bundesamt sowie die OECD bereitstellen. Die Auswahl der Indikatoren erfolgt dabei zum einen anhand von vorab definierten inhaltlichen Kriterien und zum anderen unter Berücksichtigung der verfügbaren Daten in den jeweiligen Themengebieten.

Bei der Auswertung werden zum Teil Indikatoren kombiniert und Umrechnungen vorgenommen. Tabellen und Grafiken dienen der übersichtlichen Darstellung von Zuständen bzw. Gegebenheiten zu einem bestimmten Zeitpunkt und von Entwicklungen im Zeitverlauf.

## 3 Stationäre Versorgung

In den folgenden drei Teilabschnitten wird auf die stationäre Versorgung in Bayern (3.1), Deutschland (3.2) und im internationalen Kontext (3.3) eingegangen. Dabei werden im Wesentlichen vier Indikatoren verwendet, um die aktuelle Situation zu beschreiben, Entwicklungen im stationären Sektor in den letzten Jahren darzustellen und darüber hinaus adäquate Vergleiche zwischen der bayerischen und der nationalen sowie internationalen Sachlage zu ermöglichen. Der Fokus liegt dabei auf strukturellen Faktoren. Abschließend werden die zentralen Erkenntnisse in einem Zwischenfazit (3.4) zusammengefasst.

### 3.1 Bayern

Zur Beschreibung der stationären Versorgung in Bayern dienen insbesondere vier Indikatoren, welche auch für die Analyse der Versorgungssituation in ganz Deutschland (siehe Kapitel 3.2) als auch – in adaptierter Form – für die Analyse der intensivmedizinischen Versorgung (siehe Kapitel 4.1 und Kapitel 4.2) herangezogen werden. Wie in Abb. 1 dargestellt, werden die Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen, die Anzahl der Fälle je 100.000 Einwohner:innen ebenso wie die durchschnittliche Verweildauer und die durchschnittliche Bettenauslastung als wesentliche Vergleichsindikatoren verwendet. Die Anzahl der Krankenhaus- bzw. Intensivbetten in Relation zur Einwohnerzahl wurde ausgewählt, um die sachliche Ausstattung im stationären Sektor einzuordnen. Neben der personellen Ausstattung, die in Kapitel 5 behandelt wird, stellen die in Abbildung 1 aufgeführten Indikatoren zentrale Größen für die Verfügbarkeit von stationären bzw. intensivmedizinischen Leistungen dar. Die Anzahl der Fälle wurde als Vergleichsindikator ausgewählt, um den tatsächlichen Bedarf an Krankenhaus- bzw. Intensivbetten einzuschätzen. Beide Indikatoren wurden in Relation zur Einwohnerzahl gesetzt, um eine Vergleichbarkeit innerhalb Deutschlands sowie im internationalen Kontext sicherzustellen. Die durchschnittliche Verweildauer wurde als Vergleichsindikator angeführt, da sie als ein Indikator für die Effizienz der Gesundheitsversorgung im stationären Sektor gilt. So können die Kosten der Gesundheitsversorgung durch kürzere Verweildauern und die damit einhergehende Verlagerung der Patient:innen in den in der Regel weniger kostenintensiven ambulanten Sektor reduziert werden. Die mittlere Bettenauslastung ermöglicht eine Bewertung der Krankenhauskapazität. Die Indikatoren werden im Verlauf des Kapitels weiter definiert.

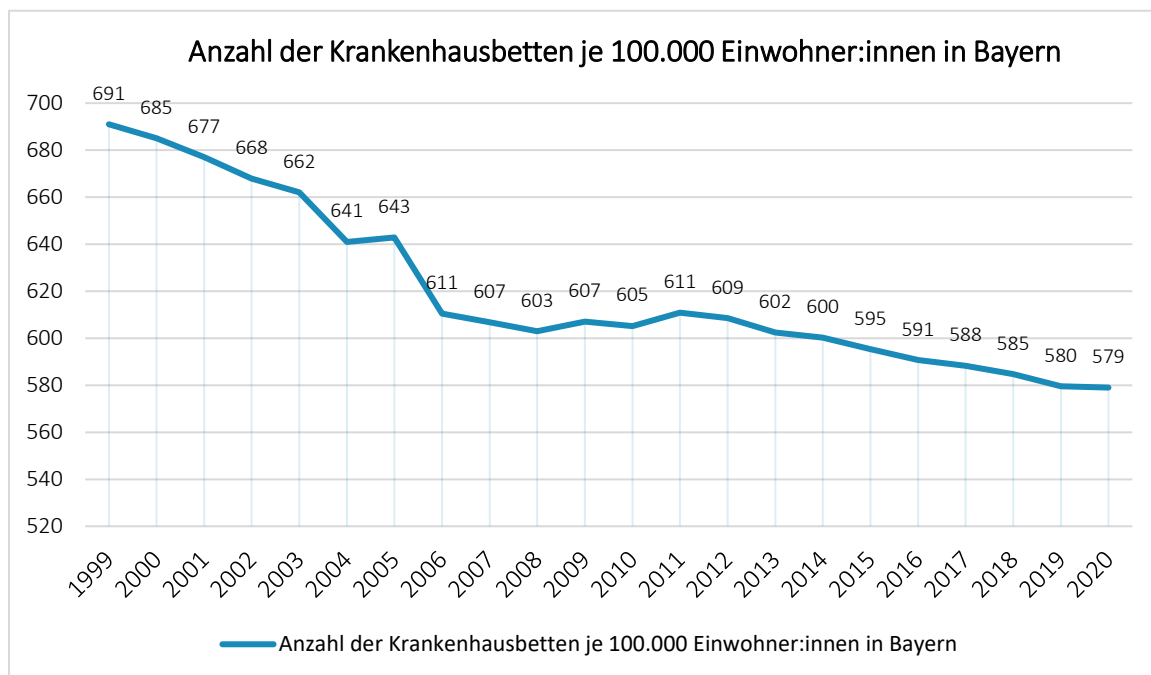


**Abb. 1** Zentrale Vergleichsindikatoren in der stationären Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Bayern verfügte im Jahr 2020 über 76.031 Betten in 353 Krankenhäusern – sodass in ebendiesem Jahr **579 Betten je 100.000 Einwohner:innen** zu verzeichnen waren (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Die Zahl der aufgestellten Betten wird dabei als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl ermittelt. Bei der Zählung der Betten werden alle betriebsbereit aufgestellten Betten von Krankenhäusern angegeben, welche zur vollstationären Behandlung von Patient:innen bestimmt sind. Betten zur teilstationären und ambulanten Unterbringung werden ebenso wie Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene nicht einbezogen (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die Bettendichte in Bayern sank, wie in Abb. 2 dargestellt, in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich: So waren 1999 noch rund 691 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen verfügbar, wohingegen im Jahr 2020 nur noch 579 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung standen (vgl. Radtke 2022b). Dies entspricht einem Rückgang der Bettendichte um 16,2 %.



**Abb. 2** Entwicklung der Bettendichte in Bayern von 1999 bis 2020

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Radtke 2022b

Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl der Krankenhäuser in Bayern in 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 1,7 %; auch die Anzahl der verfügbaren Betten erhöhte sich minimal um 0,1 % (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Die dennoch rückläufige Veränderung der Bettendichte je 100.000 Einwohner:innen in Bayern (-0,1 %) ist auf das Bevölkerungswachstum zurückzuführen (vgl. Rudnicka 2022; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Es zeichnen sich in Bezug auf die stationäre Versorgungssituation starke **Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Gebieten** ab. Diese spiegeln sich beispielsweise in der Erreichbarkeit von stationären Einrichtungen, welche sich dem sogenannten GKV-Kliniksimulator, der von Dr. Wulf-Dietrich Leber 2022 konzeptioniert wurde, entnehmen lassen, wider. Dieses Instrument sowie exemplarische Auswertungen werden nachstehend als Exkurs bzw. Einschub dargestellt, die Schlussfolgerungen wieder in der regulären Form:

*Der GKV-Kliniksimulator wird seit 2016 vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt und bildet für alle bundesdeutschen Wohnbezirke die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Einrichtung der stationären Grundversorgung ab. Darüber hinaus kann er Veränderungen der Erreichbarkeit bei einzelnen Standortschließungen simulieren. Grundversorger für Erwachsene müssen dabei mindestens die Fachabteilung Innere Medizin sowie eine chirurgische Fachabteilung vorhalten und ab dem 19. Mai 2023 zusätzlich die Stufe der Basisnotfallversorgung gemäß den Notfallstufen-Regelungen des G-BAs vorweisen können. Die Fahrzeitberechnung wird bundeslandübergreifend in Pkw-Fahrminuten durchgeführt.*

*Die im Kliniksimulator aufgeführten Einrichtungen basieren auf dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 KHG, den in den stationären Abrechnungsdaten der Krankenkassen des Jahres 2020 ausgewiesenen Standorten bzw. Betriebsstätten sowie einer umfangreichen qualitativen Recherche. Bei den Erreichbarkeitsanalysen wird die minimale Pkw-Fahrzeit der Bevölkerung einer regionalen Bezugseinheit zum nächstgelegenen Krankenhaus der Grundversorgung zugrunde gelegt. Die dafür benutzte geografische Bezugseinheit ist das sogenannte PLZ8-Niveau, bei dem Postleitzahlgebiete (PLZ5) in kleinere Einheiten von wenigen hundert Haushalten untergliedert sind.*

*Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vom 24.11.2016 (zuletzt geändert am 01.10.2020) wurde erstmals eine bundeseinheitliche Orientierung für die Erreichbarkeit von Grundversorgern definiert: So muss für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung das nächste Krankenhaus der Grundversorgung in 30 Minuten erreichbar sein. Dieser Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Bundesländer, welche die räumliche Organisation der allgemeinen Daseinsvorsorge regeln. Zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung werden Sicherstellungszuschläge gezahlt, wenn in einer Region die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner:innen je km<sup>2</sup> liegt und somit die notwendigen Vorhaltungen nicht von den Einrichtungen finanziert werden können und wenn durch den Wegfall eines Grundversorgers die Fahrzeit für mindestens 5000 Personen die 30-Pkw-Fahrminuten-Grenze überschritten werden würde (vgl. G-BA 2022).*

*Um die Unterschiede zwischen dem urbanen und ländlichen Raum in Bezug auf die Bettendichte zu illustrieren, werden im Folgenden exemplarisch Erreichbarkeitsanalysen für jeweils einen urbanen und ländlichen Raum in den Regierungsbezirken Oberbayern, Oberpfalz und Unterfranken durchgeführt. Bei den urbanen Gebieten wird jeweils*

*der Regierungssitz verwendet, bei ländlichen Gebieten wird eine Region ausgewählt, welche sich nicht in näherer Umgebung einer größeren Stadt befindet.*

*Im Umkreis München, dem Regierungssitz von Oberbayern, gibt es rund 16 Grundversorger. Die Einwohnerdichte je km<sup>2</sup> liegt bei rund 1040 Einwohner:innen, insgesamt leben dort ca. 2.275.000 Personen. Die Fahrzeit für die dortigen Einwohner:innen liegt momentan im Mittel bei 8,1 Minuten, in allen Bereichen des Stadtgebiets von München liegt der Anfahrtsweg bei unter 10 Minuten. Die Versorgungssituation in München und der näheren Umgebung ist somit sehr gut.*

*Im ländlichen Raum um das oberbayerische Wasserburg am Inn, in dem rund 105.000 Personen leben (Einwohnerdichte ca. 120 Einwohner je km<sup>2</sup>), gibt es nur zwei Grundversorger. Bereits jetzt müssen Bewohner:innen von einzelnen kleineren Gebieten Anfahrtswege von 30-40 Minuten in Kauf nehmen, der mittlere Anfahrtsweg liegt bei 9,7 Minuten. Momentan ist zwar die Erreichbarkeit in Wasserburg am Inn insgesamt sehr gut, dennoch wird nicht im gesamten Gebiet den Vorgaben für die Erreichbarkeit von Grundversorgern entsprochen.*

*Im urbanen Raum um den Regierungssitz der Oberpfalz, Regensburg, leben rund 530.000 Personen, die Bevölkerungsdichte liegt bei rund 190 Einwohner:innen je km<sup>2</sup>. Momentan beträgt die mittlere Pkw-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger 10,9 Minuten. Es gibt insgesamt sechs Grundversorger in diesem Gebiet. In keinem Teilgebiet wird die 30-Minuten-Grenze für den Anfahrtsweg mit dem Pkw zum nächsten Grundversorger überschritten, sodass man schlussfolgern kann, dass die Versorgungssituation in dieser urbanen Region sehr gut ist.*

*Demgegenüber steht beispielsweise der ländliche Raum um das ebenfalls in der Oberpfalz gelegene Schwandorf, in dem ca. 285.000 Personen leben (Einwohnerdichte ca. 217 Personen je km<sup>2</sup>) und drei Grundversorger ansässig sind. Momentan liegt der mittlere Anfahrtsweg für die dort lebenden Personen bei 9,7 Minuten mit dem PKW. Einzelne kleinere Gebiete südöstlich von Schwandorf müssen aber Anfahrtswege von 30-40 Minuten in Kauf nehmen. Es zeigt sich somit, dass die Versorgungssituation insgesamt sehr gut und im Durchschnitt sogar besser als in Regensburg ist. Dies gilt jedoch nicht für einzelne Teilgebiete, in denen den Vorgaben in Bezug auf die Erreichbarkeit von Grundversorgern nicht entsprochen wird.*

*Im Umkreis des unterfränkischen Regierungssitzes Würzburg gibt es vier Grundversorger. Aktuell haben die rund 450.000 Einwohner:innen in der Region um Würzburg (Einwohnerdichte 257 Einwohner je km<sup>2</sup>) eine durchschnittliche PKW-Fahrzeit von 11,7 Minuten bis zum nächsten Grundversorger. In der jetzigen Situation müssen keine Einwohner:innen einen Anfahrtsweg von mehr als 30-Minuten mit dem Pkw in Kauf nehmen – die Erreichbarkeit der stationären Grundversorgung ist somit im urbanen Raum um Würzburg sehr gut.*

*In der ländlichen Region um Bad Neustadt an der Saale im Norden Unterfrankens beträgt die mittlere Anfahrtsdauer zu dem einzigen Grundversorger in der Umgebung mit dem Pkw 15,6 Minuten. Dort leben knapp 135.000 Personen, die durchschnittliche Einwohnerdichte liegt bei rund 101 Einwohner:innen je km<sup>2</sup>. Bereits jetzt haben einzelne kleinere Gebiete Anfahrtszeiten von über 30 und teilweise auch mehr als 40 Minuten (z. B. südlich von Bischofsheim oder nordwestlich von Fladungen). Die regionale Versorgungssituation entspricht also in mehreren Gebieten nicht den Vorgaben.*

In der Gesamtschau zeigt sich in allen Regierungsbezirken eine sehr gute Erreichbarkeit von stationären Einrichtungen der Grundversorgung in urbanen Gebieten. Auch in ländlichen Regionen ist die Versorgungssituation im Mittel gut bis sehr gut. Allerdings wird in einzelnen kleineren Teilbereichen den Vorgaben in Bezug auf die Erreichbarkeit von Grundversorgern nicht entsprochen, weil die



Anfahrtswege mit dem Pkw 30 Minuten überschreiten. Da in ländlichen Gebieten in der Regel deutlich weniger Grundversorger ansässig sind, ist es von sehr hoher Bedeutung, dass die Einrichtungen dort weiterhin betrieben werden können und nicht – z. B. aufgrund von Personalmangel – geschlossen werden müssen.

Da die mittleren Anfahrtswege nicht nur Patient:innen, sondern auch Mitarbeitende betreffen, könnten speziell in ländlichen Gebieten beispielsweise spezielle Shuttle-Busse für Mitarbeitende im stationären Sektor, welche sich an den Dienstzeiten in der Einrichtung orientieren, zielführend sein, um Bestandsmitarbeitende zu entlasten und neue Mitarbeitende gewinnen zu können. Auch Wohnheime in der Nähe der stationären Einrichtungen könnten sowohl in urbanen als auch in ländlichen Gebieten einen ähnlichen Effekt erzielen.

Aus einer Anzahl von 2.551.505 stationären Fällen bzw. **19.430 stationären Fällen je 100.000 Einwohner:innen<sup>1</sup>** und einer **durchschnittlichen Verweildauer von 7,2 Tagen** ergaben sich in Bayern im Jahr 2020 insgesamt rund 18.487.000 Berechnungs- bzw. Belegungstage (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Ein Belegungstag beschreibt dabei einen Tag, an dem ein aufgestelltes Bett von einer Patientin oder einem Patienten vollstationär belegt wird. Er ist innerhalb des pauschalierten Entgeltsystems das Äquivalent zum Begriff des Berechnungstages innerhalb der Bundespflegesatzverordnung (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Sowohl bei den Fallzahlen als auch bei den Berechnungs- bzw. Belegungstagen werden auch Stundenfälle berücksichtigt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Stundenfälle treten bei Patient:innen auf, die vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen, jedoch am gleichen Tag wieder entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden oder am Aufnahmetag versterben (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017). Die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern beschreibt die durchschnittliche Anzahl der Tage, die Patient:innen im Krankenhaus verbringen. Diese Kennzahl wird häufig als Indikator für Effizienz verwendet, da eine kürzere Verweildauer unter sonst gleichen Bedingungen zu einer Senkung der Kosten pro Entlassung und zu einer Verlagerung der Versorgung von stationären Einrichtungen in kostengünstigere postakute Einrichtungen führt (vgl. OECD 2022).

Die absolute Fallzahl sank in Bayern im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 14,8 %, die Fallzahl je 100.000 Einwohner:innen ging sogar um 15,0 % zurück. Die Verweildauer erhöhte sich zwar im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 %, die Anzahl der Belegungstage sank in Bayern insgesamt jedoch um 13,7 % im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

---

<sup>1</sup> Die Anzahl der stationären Fälle je 100.000 Einwohner:innen wurde auf Basis der im Bericht des Statistischen Bundesamts (2022) verwendeten Anzahl von Einwohner:innen in Bayern berechnet. Diese lag bei 13.131.434 Einwohner:innen im Jahr 2020, wobei diese Zahl wiederum auf Basis der Angaben zur absoluten Anzahl der aufgestellten Betten sowie der Anzahl der aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner:innen in Bayern im Jahr ermittelt wurde.

Für Bayern und das Jahr 2020 ist eine **durchschnittliche Bettenauslastung von 66,4 %**; zu verzeichnen; somit war ein Krankenhausbett im Mittel an zwei von drei Tagen belegt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Bei dieser Kennzahl wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt. Dabei ergibt sich die maximale Bettenkapazität aus dem Produkt der aufgestellten Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr, die tatsächliche Bettenbelegung aus der Summe der Berechnungs- und Belegungstage, da jede Patientin bzw. jeder Patient pro vollstationärem Tag in der Einrichtung ein Bett belegt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Im Jahr 2020 war die durchschnittliche Bettenauslastung in Bayern um 14,0 % geringer als im Vorjahr (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Abschließend wird die Situation der stationären Versorgung in Bayern mithilfe der vier zentralen Indikatoren in Tab. 1 zusammengefasst. Dabei wird jeweils auch die Entwicklung der Kerngröße im Vergleich zum Vorjahr erfasst.

**Tab. 1** Situation in der stationären Versorgung in Bayern 2020 und Vorjahresvergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren	Bayern 2020	Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr
Anzahl der Krankenhausbetten (je 100.000 Einwohner:innen)	579	-0,1 %
Anzahl der stationären Fälle (je 100.000 Einwohner:innen)	19.430	-15,0 %
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	7,2	+1,4 %
Durchschnittliche Bettenauslastung (in %)	66,4	-14,0 %

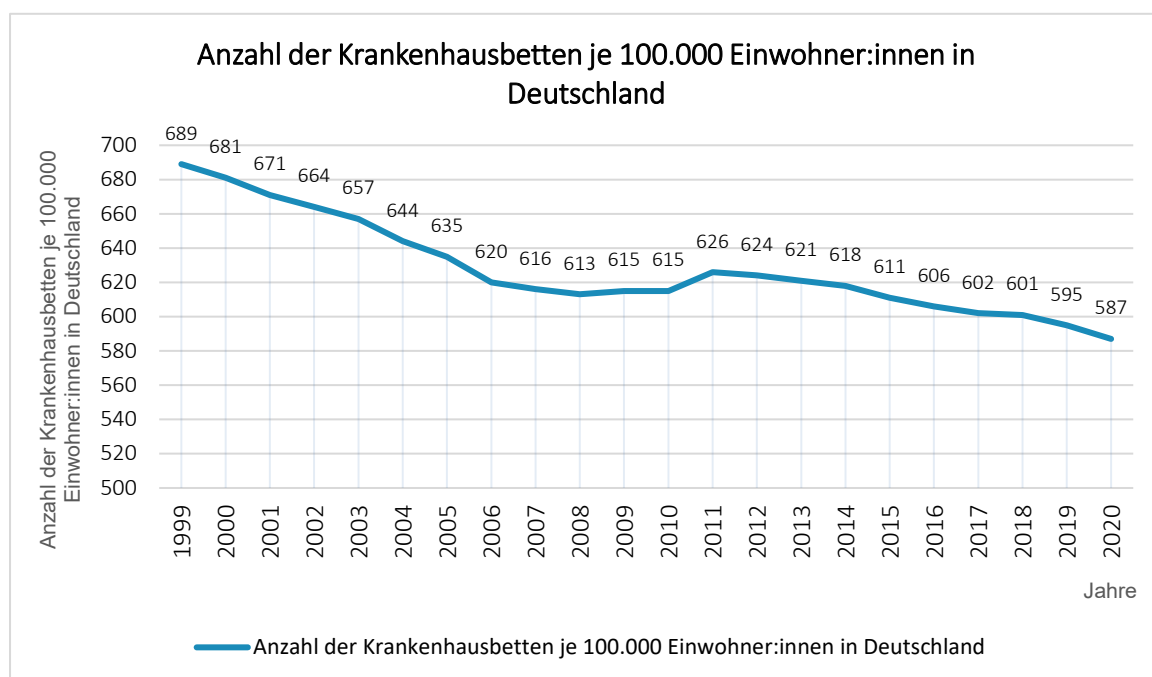
## 3.2 Deutschland

Bei der Beschreibung der stationären Versorgung in Deutschland wird – analog zum Vorgehen in Kapitel 2.1.1 – auf die Anzahl der Krankenhausbetten 100.000 Einwohner:innen inklusive deren Entwicklung in den letzten Jahren, die Anzahl der stationären Fälle je 100.000 Einwohner:innen, die durchschnittliche Verweildauer sowie die durchschnittliche Bettenauslastung eingegangen (vgl. Abb. 1). Darüber hinaus wird die nationale Situation auf Basis obiger Indikatoren mit der Lage in Bayern verglichen.

In Deutschland standen im Jahr 2020 in 1903 Krankenhäusern insgesamt 487.783 Betten zur Verfügung, was eine Bettendichte von **587 Betten je 100.000 Einwohner:innen** bedeutet. Auch in Deutschland hat sich die Anzahl der Krankenhausbetten, wie in Abb. 3 dargestellt, in den letzten Jahren deutlich reduziert – so standen im Jahr 1999 noch 689 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung, im Jahr 2020 war die Bettendichte in Deutschland um rund 100 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen bzw. 15 % geringer als im Jahr 1999.

Dennoch standen im Jahr 2020 in Deutschland im Mittel circa acht Betten mehr je 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung als in Bayern. Insgesamt variierte die Bettendichte in den verschiedenen Bundesländern zwischen 488 Betten je 100.000 Einwohner:innen in Baden-Württemberg und 740 Betten je 100.000 Einwohner:innen in Bremen (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Im Vergleich zum Vorjahr sanken im Jahr 2020 die Anzahl der Häuser in Deutschland sowie die absolute Anzahl der Krankenhausbetten um 0,6 % bzw. 1,3 %. Die Bettendichte sank um 1,4 %. Wenngleich sich die Anzahl an Krankenhäusern und die absolute Anzahl an Krankenhausbetten im nationalen Vergleich heterogen entwickelten, nahm die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner:innen in den meisten Bundesländern – mit Ausnahme von Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein – ab (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).



**Abb. 3** Entwicklung Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland 1999 bis 2020

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Radtke 2022c

Die **Fallzahl** lag im Jahr 2020 bei insgesamt 16.793.962 stationären Fällen bzw. **20.195 stationären Fällen je 100.000 Einwohner:innen** in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die absolute Fallzahl war in Deutschland im Jahr 2020 um 13,5 % geringer als im Vorjahr, bezogen auf die Fallzahl je 100.000 Einwohner:innen lag der Unterschied im Vergleich zu 2019 bei -13,6 %. Der Rückgang der Fallzahlen in Bayern lag somit über dem bundesdeutschen Durchschnitt (14,8 % bzw. 15,0 % je 100.000 Einwohner:innen). Dieser Trend spiegelte sich in allen Bundesländern wider, wobei der Rückgang der Fallzahlen in Mecklenburg-Vorpommern mit -10,3 % (absolut) bzw. -10,4 % je 100.000

Einwohner:innen am geringsten und in Brandenburg mit -15,9 % (absolut) bzw. -16,2 % je 100.000 Einwohner:innen am höchsten war (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die **durchschnittliche Verweildauer** betrug in Deutschland im Jahre 2020 **7,2 Tage** und entspricht somit exakt der durchschnittlichen Verweildauer in Bayern. Die Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage lag bei 120.202.000 Tagen (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die durchschnittliche Verweildauer war im Jahr 2020 um 0,2 % geringer als im Vorjahr und die Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage reduzierte sich um 13,7 %. Während sich die durchschnittliche Verweildauer in den unterschiedlichen Bundesländern heterogen entwickelte, reduzierten sich die Berechnungs-/Belegungstage in allen Bundesländern innerhalb einer Spanne von -9,7 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis -16,2 % (Rheinland-Pfalz). Die Entwicklung der Berechnungs-/Belegungstage entsprach in Bayern exakt dem bundesdeutschen Durchschnitt von -13,7 % (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die **durchschnittliche Bettenauslastung** lag im Jahr 2020 in Deutschland bei **67,3 %** (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Die durchschnittliche Bettenauslastung war in Deutschland im Jahr 2020 um 12,8 % niedriger als im Vorjahr. Sie sank im Vergleich zum Vorjahr ausnahmslos in allen Bundesländern, wobei die Abnahme der mittleren Bettenauslastung in Baden-Württemberg mit -10,5 % am geringsten und im Saarland mit -17,5 % am höchsten war (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). In Bayern ging die Bettenauslastung im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt mit -14,0 % überdurchschnittlich stark zurück.

In Tab. 2 wird die Situation der stationären Versorgung in Deutschland mithilfe der vier zentralen Indikatoren beschrieben, wobei jeweils auch auf die Entwicklung im Vergleich zu 2019 eingegangen wird.

**Tab. 2** Situation in der stationären Versorgung in Deutschland 2020 und Vorjahresvergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren	Deutschland 2020	Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr
Anzahl der Krankenhausbetten (je 100.000 Einwohner:innen)	587	-1,4 %
Anzahl der stationären Fälle (je 100.000 Einwohner:innen)	20.195	-13,6 %
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	7,2	-0,2 %
Durchschnittliche Bettenauslastung (in %)	67,3	-12,8 %

Abschließend werden in Tab. 3 die zentralen Vergleichsindikatoren in der stationären Versorgung für Bayern und Deutschland tabellarisch gegenübergestellt.

**Tab. 3** Vergleich stationäre Versorgung in Bayern und Deutschland 2020 inklusive Vorjahresvergleich

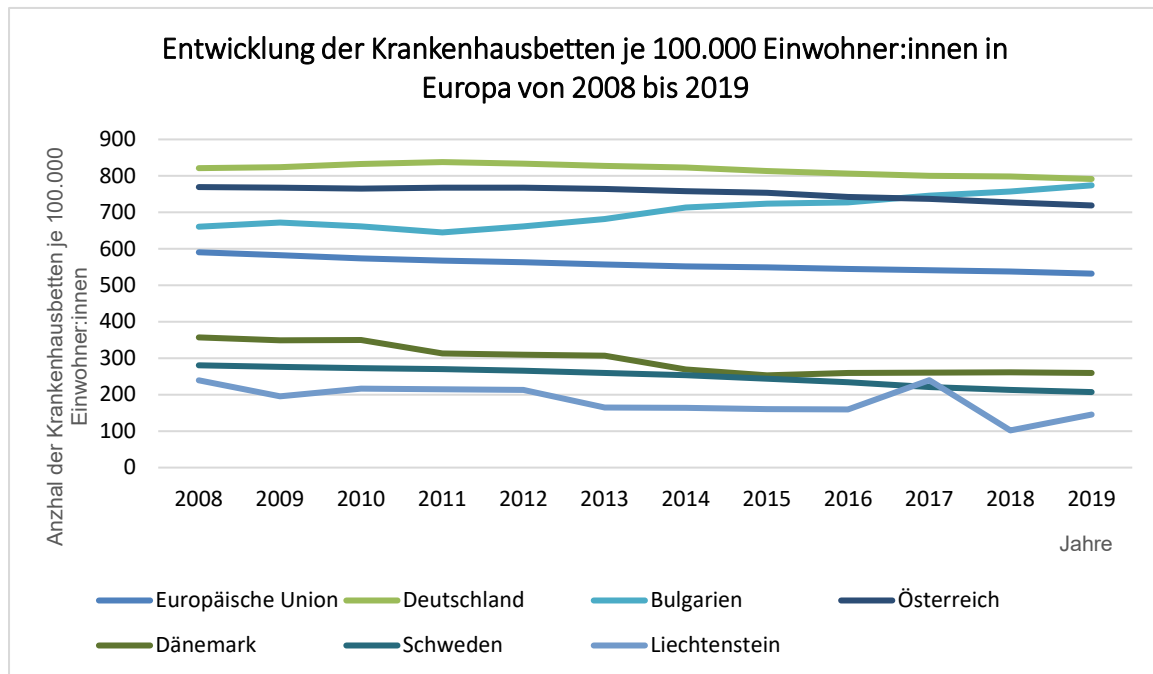
Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren	Bayern	Deutschland
Anzahl der Krankenhausbetten (je 100.000 Einwohner:innen)	579 (-0,1 %)	587 (-1,4 %)
Anzahl der stationären Fälle (je 100.000 Einwohner:innen)	19.429 (-15,0 %)	20.195 (-13,6 %)
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	7,2 (+1,4 %)	7,2 (-0,2 %)
Durchschnittliche Bettenauslastung (in %)	66,4 (-14,0 %)	67,3 (-12,8 %)

### 3.3 International

Zunächst wird die Entwicklung der Bettendichte in ausgewählten europäischen Staaten von 2008 bis 2019 beschrieben, ehe die Situation in der stationären Versorgung in Deutschland in den internationalen Kontext eingeordnet wird. Bei der Interpretation der Erkenntnisse ist zu beachten, dass die Daten aus dem Jahr 2019 stammen und somit die Situation vor der COVID-19-Pandemie erfassen.

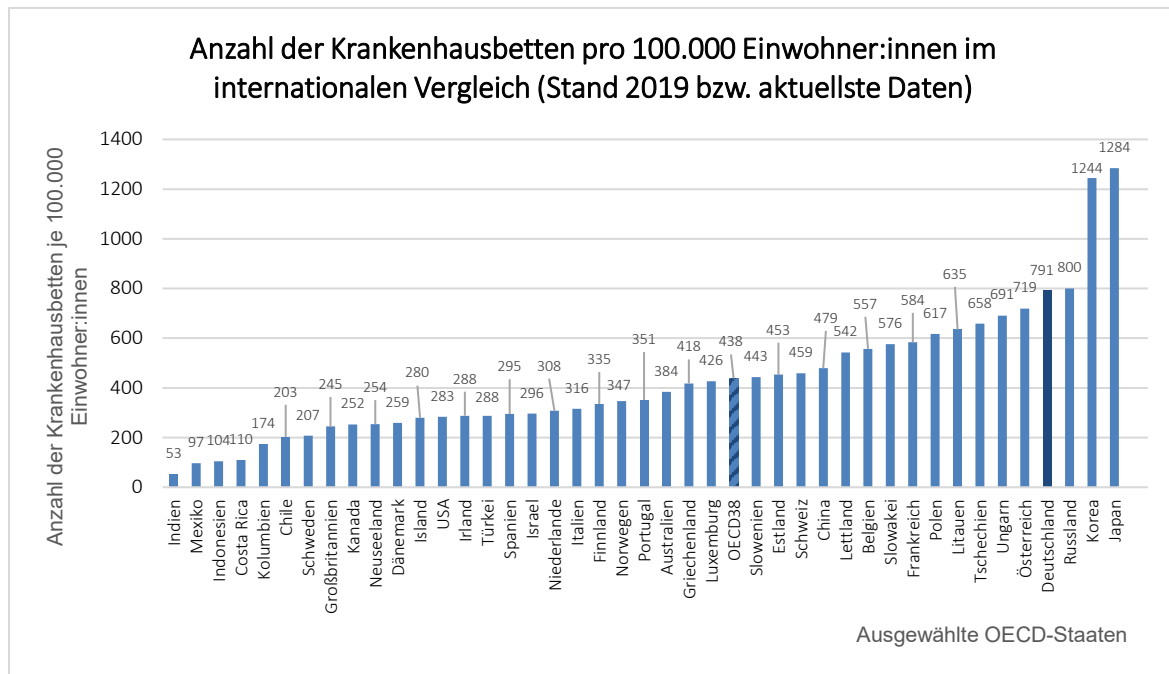
Analog zur **Entwicklung** in Bayern und Deutschland ging, wie in Abb. 4 dargestellt, die Bettendichte auch in anderen europäischen Staaten sowie in der europäischen Union in der Dekade vor Beginn der Covid-19-Pandemie zurück. So sank die Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in der Europäischen Union von durchschnittlich 591 im Jahr 2008 auf 532 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen im Jahr 2019 (vgl. Eurostat 2021). Ein Teil der Reduktion der Bettendichte ist dabei auf den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen, welcher vermehrt ambulante Operationen ermöglicht; ein anderer Teil der Reduktion der Bettenkapazität geht auf breitere politische Initiativen zur Verringerung der Anzahl an Krankenhauseinweisungen zurück (vgl. OECD 2021).



**Abb. 4** Entwicklung Bettendichte in ausgewählten europäischen Staaten 2008 bis 2019

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Eurostat 2021

Wie in Abb. 5 skizziert, belegte Deutschland im internationalen Vergleich der OECD-Länder im Jahr 2019 in Bezug auf die **Bettendichte** einen Spitzenplatz: Mit den 791 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen lag Deutschland zwar hinter den Spitzenreitern Japan (1284 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen), Korea (1244 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen) und Russland (800 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen), aber deutlich über dem OECD38-Durchschnitt von 438 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen. Im internationalen Vergleich stellten Indonesien (104 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen), Mexiko (97 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen) und Indien (54 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen) die Schlusslichter in Bezug auf die Bettendichte dar (vgl. OECD 2021).

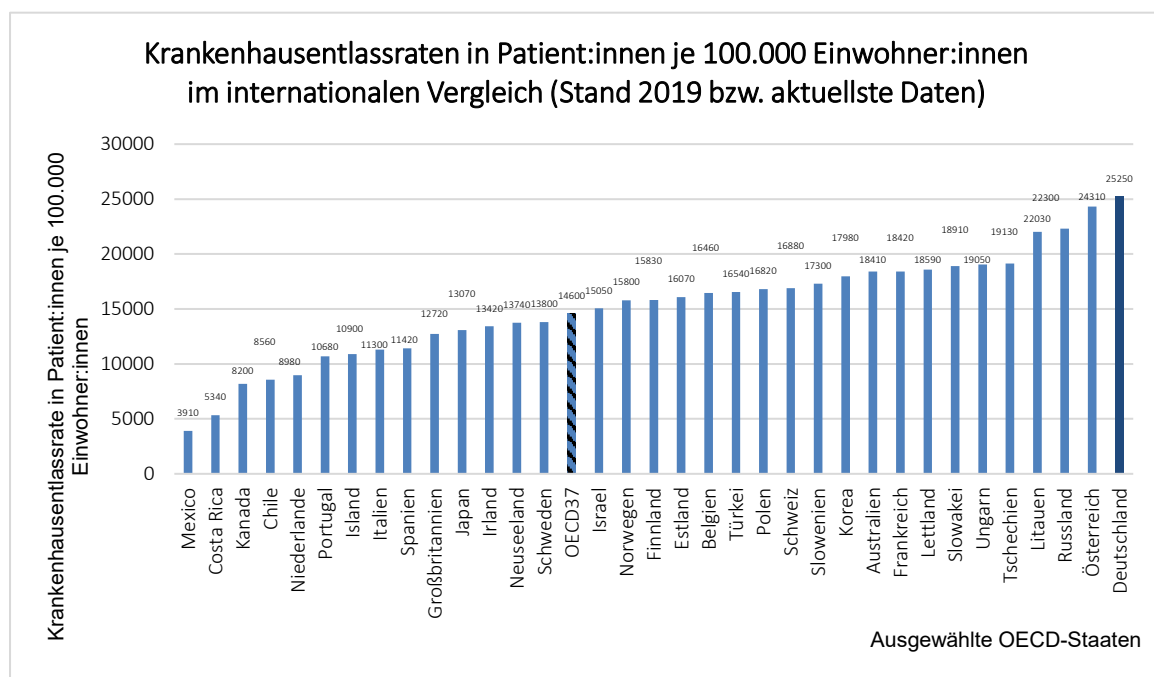


**Abb. 5** Anzahl Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich (2019)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD 2021, S. 139

Bei der Analyse der Daten ist zu beachten, dass die OECD die Anzahl der Krankenhausbetten je 1000 Einwohner:innen erfasst, sodass es bei der zur Verbesserung der Vergleichbarkeit erfolgten Umrechnung auf die Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen zu rundungsbasierten Ungenauigkeiten kommen kann. Darüber hinaus zeigte sich zwar beim stichprobenartigen Datenabgleich zwischen Eurostat (2021) und OECD (2022) eine Vergleichbarkeit der Daten, nichtsdestotrotz weicht die Bettendichte, die in Deutschland bei der Erhebung der OECD ermittelt wurde, stark von der in der nationalen Erhebung des Statistischen Bundesamts erfassten Bettendichte ab. Derartige Unstimmigkeiten könnten auch für andere Länder zutreffen und müssen bei der Interpretation der Daten somit berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist in den verschiedenen Staaten unterschiedlich definiert, welche Krankenhausbetten erfasst werden. So werden in Schweden beispielsweise privat finanzierte Krankenhausbetten ausgeschlossen, auch in Großbritannien beschränken sich die Informationen auf öffentliche Krankenhäuser. In Kanada, den Niederlanden und Polen werden beispielsweise – anders als in den meisten anderen Staaten – auch Krankenhausbetten für gesunde Neugeborene erfasst. Auch aus diesen Gründen ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt (vgl. OECD 2021). Schließlich ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass der Bedarf an Krankenhausbetten in Abhängigkeit verschiedener Faktoren, u. a. demographischer Aspekte oder der Krankheitslast, international divergiert, sodass ein international einheitlicher Zielwert nicht zweckmäßig ist.

Mit den **Krankenhausentlassraten** erfasst die OECD die Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen sowie verstorbenen Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen. Die Daten spiegeln also wider, wie viele Personen in einem Jahr in einer stationären Einrichtung versorgt wurden und sind somit ein Indikator für die Inanspruchnahme von stationären Behandlungen. Bei den **Krankenhausentlassraten** belegt Deutschland, wie in Abb. 6 skizziert, mit 25.250 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich den Spitzenplatz; eine vergleichbar hohe Krankenhausentlassrate liegt nur in Österreich (24.310 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen) und Russland (22.230 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen) vor. Der Durchschnitt der OECD37-Staaten lag bei rund 14.600 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen. In Kanada, Costa Rica und Mexiko waren die Krankenhausentlassraten je 100.000 Einwohner:innen am geringsten (8200, 5340 bzw. 3910 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen) (vgl. OECD 2021). Auch bei den Krankenhausentlassraten ist ein Unterschied zwischen den Daten der OECD (2021) und denen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) 2022 festzustellen, welcher bei der Interpretation zu berücksichtigen ist. Ferner werden auch die Krankenhausentlassraten bei der OECD je 1000 Einwohner:innen ermittelt, sodass es durch die Hochrechnung auf 100.000 Einwohner:innen zu rundungsbasierten Ungenauigkeiten kommen kann.



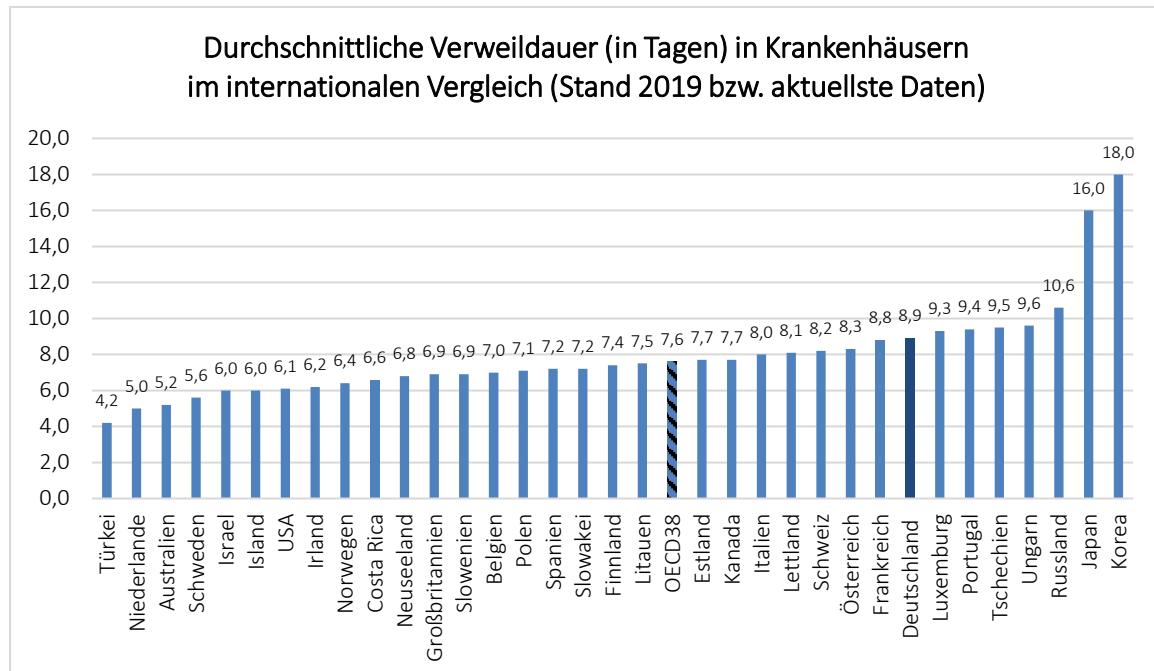
**Abb. 6** Krankenhausentlassraten je 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich (2019)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD 2021, S. 141

In Bezug auf die **durchschnittliche Verweildauer** in Krankenhäusern belegt Deutschland, wie in Abb. 7 dargestellt, mit 8,9 Tagen einen Platz im vorderen Mittelfeld: Zwar waren in Korea (18,0 Tage), Japan (16,0 Tage) sowie Russland (10,6 Tage) die durchschnittlichen Verweildauern im Krankenhaus deutlich länger, nichtdestotrotz waren in den meisten – insbesondere in den europäischen – Staaten die



durchschnittlichen Verweildauern deutlich kürzer. Auch der Durchschnitt der OECD38-Staaten lag mit 7,6 Tagen unter der durchschnittlichen Verweildauer in Deutschland. Die kürzesten Aufenthalte im Krankenhaus fanden im Mittel in Australien (5,2 Tage), den Niederlanden (5,0 Tage) und der Türkei (4,2 Tage) statt (vgl. OECD 2021). Auch in Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer existieren Unterschiede zwischen den Zahlen der OECD 2021 (8,9 Tage durchschnittliche Verweildauer in Deutschland) und dem Statistischen Bundesamt (Destatis) 2022 (7,2 Tage durchschnittliche Verweildauer in Deutschland), welche bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sind.

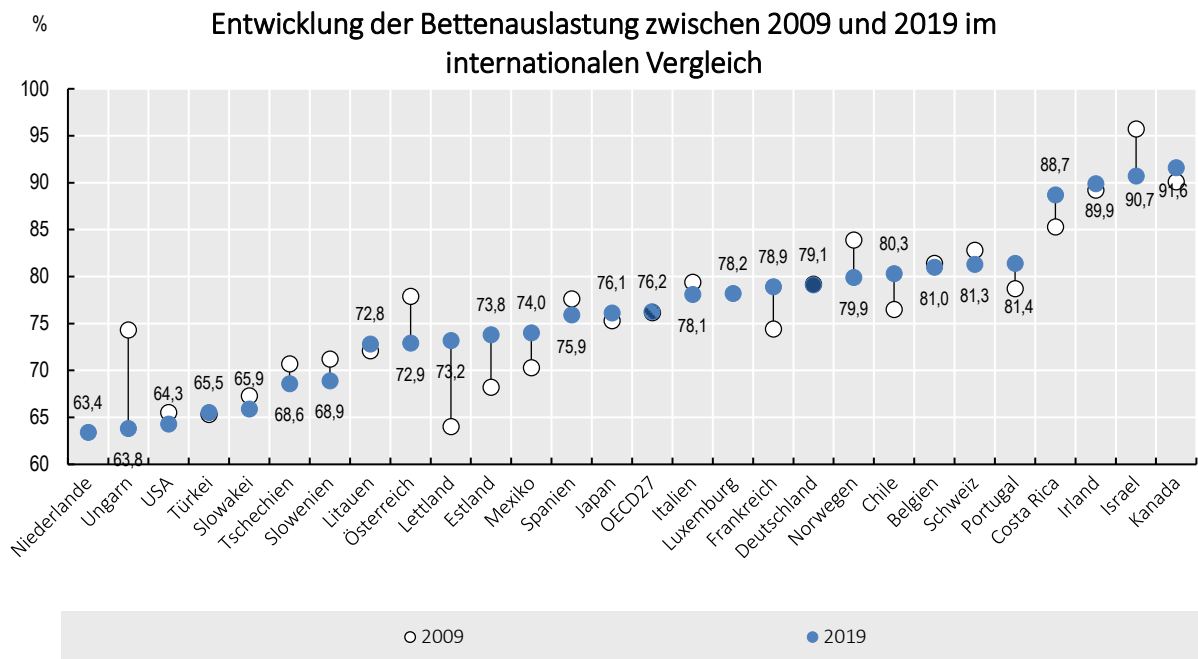


**Abb. 7** Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) in Krankenhäusern im internationalen Vergleich (2019)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD 2021, S. 141

Die Daten zur **durchschnittlichen Bettenauslastung** liegen für den internationalen Vergleich, analog zu den drei anderen Kernindikatoren, nur für das Jahr 2019 und somit vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie vor. Betrachtet man, wie in Abb. 8 dargestellt, die durchschnittliche Bettenauslastung im internationalen Vergleich, fällt auf, dass Deutschland mit rund 79,1 % über eine hohe und in Bezug auf die OECD überdurchschnittliche Bettenauslastung verfügt. Wenngleich kein Konsens in Bezug auf eine allgemein gültige, optimale Bettenauslastung vorliegt, wird oftmals eine Rate von rund 85 % als Maximum angesehen, um noch ausreichende Reservekapazitäten für Notfälle bereitstellen zu können. Hohe Belegungsraten von Krankenhausbetten, wie sie im Jahr 2019 in den vier OECD-Staaten Kanada, Israel, Irland und Costa Rica vorlagen, können auf ein unter Druck stehendes Gesundheitssystem hindeuten. In mehr als der Hälfte der OECD-Staaten traten Belegungsraten zwischen 70 und 80 % auf, die durchschnittliche Bettenauslastung in der OECD lag bei 76,2 %. In den USA, Ungarn und den Niederlanden waren die Belegungsraten am geringsten (64,3 %, 63,8 % bzw. 63,4 %). In Bezug auf die

Entwicklung der Bettenauslastung in der Zeitspanne von 2009 bis 2019 ist kein OECD-weiter Trend erkennbar, vielmehr verlief die Entwicklung in den einzelnen Staaten heterogen (Vgl. OECD 2021, S. 138–139).



**Abb. 8** Entwicklung Bettenauslastung zwischen 2009 und 2019 im internationalen Vergleich

Quelle: Vgl. OECD 2021, S. 139

Abschließend werden die in den vorherigen Kapiteln eingeführten Kernindikatoren verwendet, um die stationäre Versorgung in Deutschland in den internationalen Kontext einzuordnen. Dabei werden für Deutschland die für das Jahr 2019 von der OECD erhobenen Daten verwendet, welche von den Zahlen des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2020 abweichen. Diese Abweichung ist zum einen auf unterschiedliche Definitionen der Indikatoren und zum anderen auf Entwicklungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Ferner ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass sich die Durchschnittswerte der OECD bei den einzelnen Vergleichsindikatoren aus verschiedenen sowie unterschiedlich vielen Mitgliedsstaaten der OECD zusammensetzen, sodass auch dieser Sachverhalt die Ergebnisse beeinflussen kann. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2019 und spiegeln somit die Situation vor der COVID-19-Pandemie wider. Die Ergebnisse werden in Tab. 4 zusammengefasst.

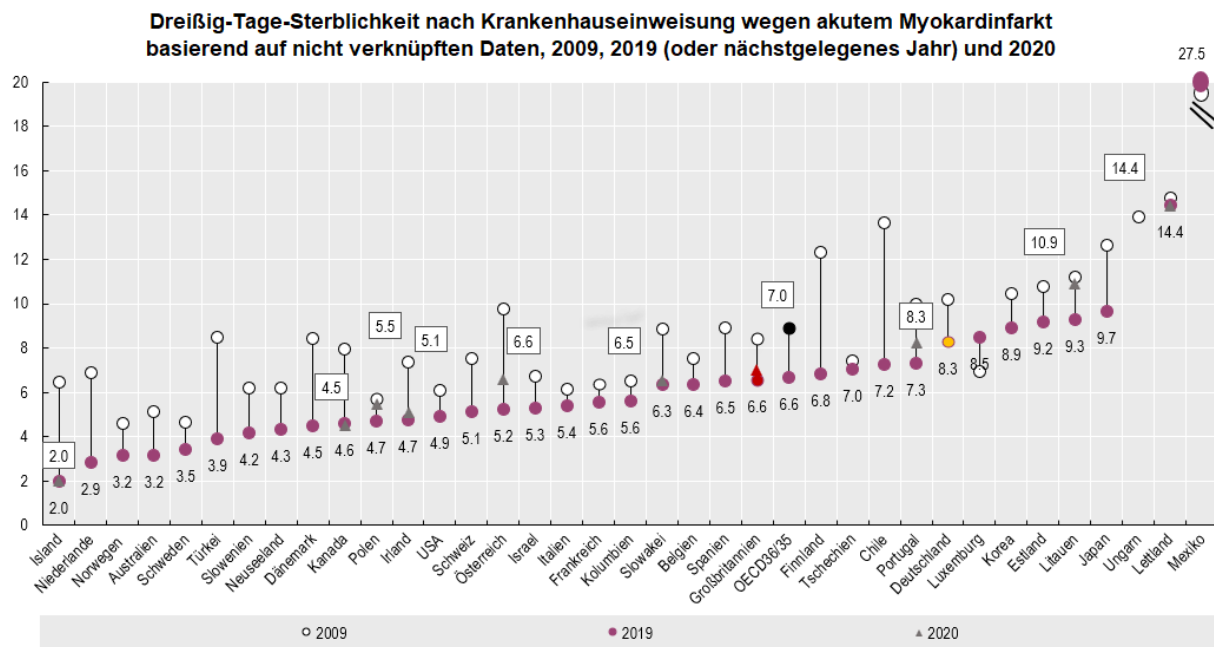
**Tab. 4** Vergleich der stationären Versorgung OECD und Deutschland 2019

Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren	OECD-Durchschnitt	Deutschland
Anzahl der Krankenhausbetten (je 100.000 Einwohner:innen)	438 (OECD38)	791
Krankenhausentlassraten (je 100.000 Einwohner:innen)	14.600 (OECD37)	25.250
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	7,6 (OECD38)	8,9
Durchschnittliche Bettenauslastung (in %)	76,2 (OECD27)	79,1

Ergänzend zu den strukturellen Aspekten werden nachstehend – im Hinblick auf die Ergebnisqualität – exemplarisch noch die Todesfallraten für zwei der häufigsten Todesursachen, nämlich für Herzinfarkte und Schlaganfälle, in einem internationalen Vergleich einander gegenübergestellt. Die Todesfallrate misst den Prozentsatz der Personen im Alter von 45 Jahren und älter, die innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausaufnahme wegen einer bestimmten akuten Erkrankung sterben.

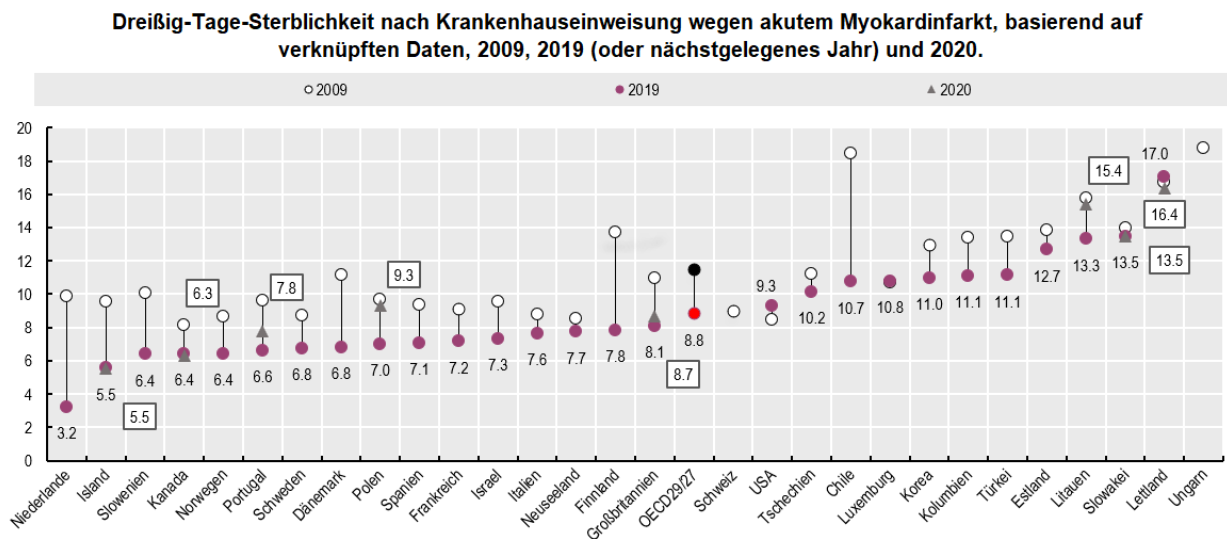
Zunächst werden Todesfallraten nach einem Herzinfarkt verglichen: Dabei werden die Daten auf zwei verschiedene Arten erfasst, ohne bzw. mit Verknüpfung: Nicht verknüpfte Daten enthalten nur Todesfälle, die in demselben Krankenhaus wie die erste Einweisung aufgetreten sind; verknüpfte Daten umfassen hingegen Todesfälle, die unabhängig vom Ort ihres Auftretens erfasst wurden. Hier werden somit auch Todesfälle berücksichtigt, die in einem anderen Krankenhaus oder außerhalb des Krankenhauses, in dem die Diagnose Herzinfarkt zuerst erfasst wurde, aufgetreten sind. Die auf verknüpften Daten basierende Methode gilt als robuster als die auf nicht verknüpften Daten basierenden Raten und führt zu wesentlich geringeren Unterschieden zwischen den Ländern. Sie erfordert jedoch eine eindeutige Patientenkenntung zur Verknüpfung der Daten in den relevanten Datensätzen, die nicht in allen Ländern verfügbar ist. Die in Abb. 9 und Abb. 10 aufgeführten Todesfallraten sind alters- und geschlechtsstandardisiert auf die OECD-Bevölkerung von 2010 im Alter von 45 Jahren und älter, die wegen eines Herzinfarkts ins Krankenhaus eingeliefert wurde, und zwar unter Verwendung der ICD-10-Codes I21-I22 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, zehnte Revision) (OECD 2021).



**Abb. 9** Dreißeig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt, basierend auf nicht verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020

Quelle: OECD 2021

Abb. 9 zeigt die Sterblichkeitsraten innerhalb von 30 Tagen nach der Einweisung in ein Krankenhaus wegen eines Herzinfarkts unter Verwendung nicht verknüpfter Daten, d. h. es werden nur die Todesfälle gezählt, die in dem Krankenhaus eingetreten sind, in dem der Patient ursprünglich aufgenommen wurde. Die niedrigsten Raten im Jahr 2019 verzeichneten Island, die Niederlande, Norwegen, Australien, Schweden und die Türkei (weniger als 4 % bei Patienten im Alter von 45 Jahren und älter), während die höchsten Raten in Lettland und Mexiko (über 13 %) zu verzeichnen waren. Das OECD-Mittel liegt bei knapp 7 %, Deutschland liegt mit einer mittleren Dreißeig-Tage-Sterblichkeit nach Herzinfarkt von 8 % leicht über dem Durchschnitt.



**Abb. 10** Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt, basierend auf verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020

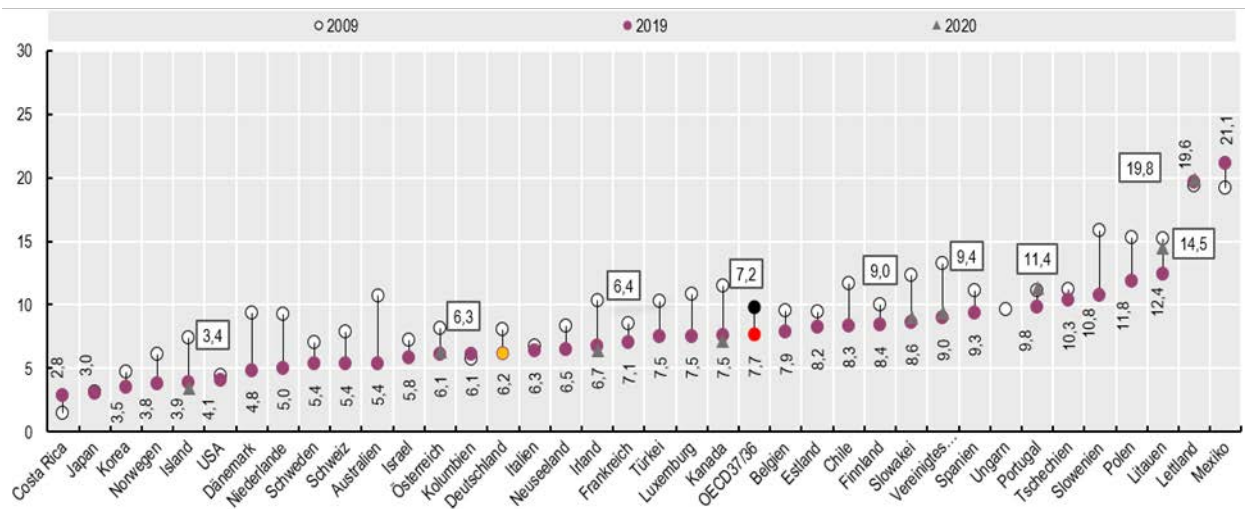
Quelle: OECD 2021

Abb. 10 illustriert die 30-Tage-Sterblichkeitsrate nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt, basierend auf verknüpften Daten. Auf der Grundlage dieser verknüpften Daten lagen die Mortalitätsraten im Jahr 2019 zwischen 3 % in den Niederlanden und 17 % in Lettland. Der OECD-Mittelwert liegt bei knapp 9%. Die verknüpfte Dreißig-Tage-Sterblichkeitsrate nach Herzinfarkt wird in Deutschland nicht erfasst.

Die Sterblichkeitsraten sind sowohl bei den verknüpften als auch den unverknüpften Daten zwischen 2009 und 2019 erheblich gesunken. Im OECD-Mittel sank die durchschnittliche Rate von 8,7 % auf 6,6 % für Todesfälle im selben Krankenhaus und von 11,4 % auf 8,8 % für Todesfälle im und außerhalb des Krankenhauses. Zwischen 2019 und 2020 stiegen die Sterbefallraten jedoch in einigen Ländern wie Litauen, Polen und im Vereinigten Königreich wieder an, während sie in anderen Ländern wie Kanada, Island, Irland, Lettland, Portugal und der Slowakischen Republik stabil blieben (OECD 2021).

Im Folgenden werden die Mortalitätsraten nach einem Schlaganfall nach ICD-10 I63-64 international verglichen. Der Indikator „Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung“ wurde bereits im Zusammenhang mit Herzinfarkten definiert. Auch bei Schlaganfällen wird zwischen nicht-verknüpften und verknüpften Daten differenziert.

### Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall basierend auf unverknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020.

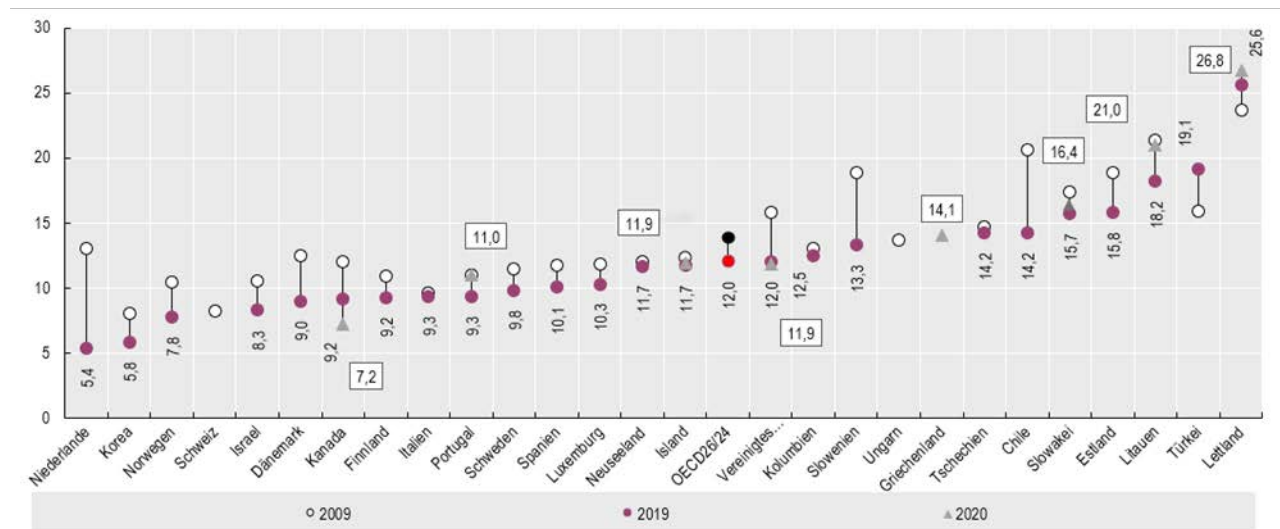


**Abb. 11** Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall, basierend auf nicht verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020

Quelle: OECD 2021.

Abb. 11 zeigt die Sterblichkeitsraten innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhauseinweisung bei ischämischem Schlaganfall, wenn der Tod in demselben Krankenhaus eintrat wie die Erstaufnahme (nicht verknüpfte Daten). Es ist ersichtlich, dass in Tschechien, Slowenien, Polen, Litauen, Lettland und Mexiko die Sterblichkeitsraten im internationalen Vergleich am höchsten waren (>10% im Jahr 2019) in Costa Rica, Japan, Korea, Norwegen und Island am niedrigsten (<4% im Jahr 2019). Das OECD-Mittel lag im Jahr 2019 bei 7,7% und somit über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 6,2%.

### Dreißig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall basierend auf verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020.



**Abb. 12** Dreißeig-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen ischämischem Schlaganfall, basierend auf verknüpften Daten, 2009, 2019 (oder nächstgelegenes Jahr) und 2020

Quelle: OECD 2021

In den 26 OECD-Ländern, die verknüpfte Daten meldeten, starben, wie in Abb. 12 dargestellt, im Mittel 12 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Einweisung ins Krankenhaus wegen eines Schlaganfalls. Die Werte sind durch die Verknüpfung der Daten generell höher als die in Abb. 11 illustrierten unverknüpften Todesfallraten. Die niedrigsten Raten sind hier in den Niederlanden, Korea, Norwegen, der Schweiz und Israel angegeben, die höchsten in der Slowakei, Estland, Litauen, der Türkei und Lettland. Für Deutschland liegen hier leider keine Werte vor.

Zwischen 2009 und 2019 ist die Sterblichkeitsrate bei ischämischen Schlaganfällen in allen OECD-Ländern deutlich gesunken: Sie ging bei den nicht verknüpften Daten von 9,8 % auf 7,7 % zurück, bei den verknüpften Daten hingegen von 13,7 % auf 11,8 %. Auch hier stiegen die Zahlen in 2020 im Vergleich zum Vorjahr in einigen Ländern wieder an (OECD 2021).

Alles in allem erzielt Deutschland gemessen an den verfügbaren Outcome-Indikatoren im stationären Sektor ambivalente Ergebnisse: Während die Todesfallraten nach Krankenhauseinweisungen bei Herzinfarkten leicht über dem OECD-Mittel lagen, waren sie bei Schlaganfällen niedriger als der OECD-Durchschnitt. Bei beiden Diagnosen konnte Deutschland die Mortalitätsraten in den letzten Jahren senken. Analysen für den Zeitraum nach Beginn der COVID-19-Pandemie sind mangels Daten noch nicht möglich.

Alles in allem zeigt sich, dass Deutschland im Jahr 2019 im Vergleich zur OECD über eine deutlich höhere Bettendichte verfügte. Analog dazu wurde im gleichen Jahr in Deutschland auch ein deutlich größerer

Anteil der Bevölkerung stationär behandelt als im OECD-Durchschnitt. Die durchschnittliche Verweildauer war in Deutschland im Jahr 2019 höher als im Mittel in der OECD; dies könnte ein Indiz für eine effizientere Behandlung in anderen OECD-Staaten sein. Um diesbezüglich belastbare Aussagen treffen zu können, müssten jedoch weitere Analysen stattfinden, bei denen auch weitere internationale Unterschiede, z. B. in Bezug auf demographische Faktoren oder finanzielle sowie personelle Ressourcen in der Gesundheitsversorgung, berücksichtigt werden. Schließlich war auch die Bettenauslastung in Deutschland im Jahr 2019 höher als im OECD-Durchschnitt, was auf eine höhere Belastung des stationären Sektors und geringere stationäre Reservekapazitäten hindeutet. Dennoch lag die Bettenauslastung in Deutschland im Jahr 2019 unter 85 %, was häufig als maximale Grenze der Bettenauslastung betrachtet wird. Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist in Deutschland gemessen an den exemplarisch ausgewählten Mortalitätsraten bei Herzinfarkten und Schlaganfällen im internationalen Vergleich ambivalent: So waren die Sterblichkeitsraten bei Herzinfarkten höher als im OECD-Mittel, bei Schlaganfällen hingegen niedriger.

### 3.4 Zwischenfazit

Bei dem **Vergleich der stationären Versorgung zwischen Deutschland und Bayern** stellte sich heraus, dass die Bettendichte im Jahr 2020 minimal höher war als in Bayern (587 bzw. 579 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen). Dabei nahm die Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 % ab, in Bayern jedoch nur um 0,1 %.

Bei dem **Vergleich der Erreichbarkeit von Einrichtungen der stationären Grundversorgung zwischen ländlichen und städtischen Regionen** zeigte sich bei den drei exemplarisch analysierten Regierungsbezirken Oberbayern, Oberpfalz und Unterfranken eine sehr gute Erreichbarkeit. Allerdings weicht die Bewertung für einzelne kleinere Bereiche in ländlichen Gebieten davon deutlich ab. In diesem Zusammenhang wird die hohe Bedeutung der einzelnen stationären Einrichtungen insbesondere in ländlichen Gebieten klar: Da dort in der Regel deutlich weniger Grundversorger ansässig sind, ist es von sehr hoher Bedeutung, dass die Einrichtungen weiterhin betrieben werden können und nicht – z. B. aufgrund von Personalmangel – geschlossen werden müssen.

Die Anzahl der stationären Fälle je 100.000 Einwohner:innen war in Deutschland (20.195) im Jahr 2020 etwas höher als in Bayern (19.429); dabei war jedoch der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr in Bayern mit -15,0 % noch höher als im bundesdeutschen Durchschnitt (-13,6 %).

Die durchschnittliche Verweildauer war in Bayern und Deutschland identisch (7,2 Tage), wobei in Bayern im Vergleich zum Vorjahr eine Verlängerung der mittleren Verweildauer um 1,4 % zu verzeichnen war,



während im deutschen Durchschnitt eine minimale Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer auftrat (-0,2 %).

Schließlich war die Bettenauslastung im Jahr 2019 im bundesdeutschen Durchschnitt mit 67,3 % etwas höher als in Bayern mit 66,4 %. Insgesamt war jedoch ein deutlicher Rückgang der Bettenauslastung im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen: Dieser lag in Deutschland bei -12,8 %, in Bayern sogar bei -14,0 %.

Im **internationalen Vergleich** belegte Deutschland in Bezug auf die Bettendichte im Jahr 2019 einen Spitzenplatz – so standen im OECD-Durchschnitt 438 Betten je 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung, in Deutschland hingegen 791. Dabei ist jedoch zu beachten, dass in verschiedenen Staaten die Anzahl der Krankenhausbetten unterschiedlich ermittelt wird, sodass die internationale Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Darüber hinaus unterscheidet sich der Bedarf an Krankenhausbetten zwischen den einzelnen Ländern in Abhängigkeit von demographischen Faktoren und der Krankheitslast, sodass beispielsweise die Definition eines globalen Zielwerts für die Bettendichte nicht sinnvoll ist.

Auch in Bezug auf die Krankenhausesentlassraten je 100.000 Einwohner:innen lag Deutschland mit 25.250 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen sehr deutlich über dem OECD-Durchschnitt (14.600 Patient:innen je 100.000 Einwohner:innen).

Die durchschnittliche Verweildauer war in Deutschland im Jahr 2019 mit 8,9 Tagen höher als im Durchschnitt in der OECD (7,6 Tage). Ferner war zwar die Bettenauslastung in Deutschland im Jahr 2019 höher als im OECD-Durchschnitt (79,1 % vs. 76,2 %), lag aber dennoch unter dem kritischen Wert von 85 %, der oftmals als Obergrenze der Bettenauslastung festgelegt wird.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist in Deutschland gemessen an den Mortalitätsraten bei Herzinfarkten und Schlaganfällen im internationalen Vergleich ambivalent.

Bei der Interpretation der Daten, insbesondere im internationalen Kontext, sind verschiedene Faktoren zu beachten, welche die internationale Vergleichbarkeit bzw. die Aussagekraft limitieren können: So unterscheiden sich die von der OECD erhobenen Daten, welche sich in der Regel auf das Jahr 2019 beziehen, teilweise deutlich von den Daten, die vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2020 ermittelt wurden. Einige der Veränderungen sind teilweise auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen, nichtsdestotrotz können auch unterschiedliche Definitionen der Vergleichsindikatoren die Daten beeinflusst haben. Ferner sind bei den Daten der OECD Rundungen vorgenommen worden, um die bevölkerungsbezogenen Indikatoren jeweils je 100.000 Einwohner:innen zu erfassen und somit eine Vergleichbarkeit mit den bayrischen bzw. deutschen Kernindikatoren herzustellen. Darüber hinaus setzte sich der OECD-Durchschnitt bei den verschiedenen Indikatoren heterogen zusammen, was ebenfalls die Vergleichbarkeit reduzieren könnte.

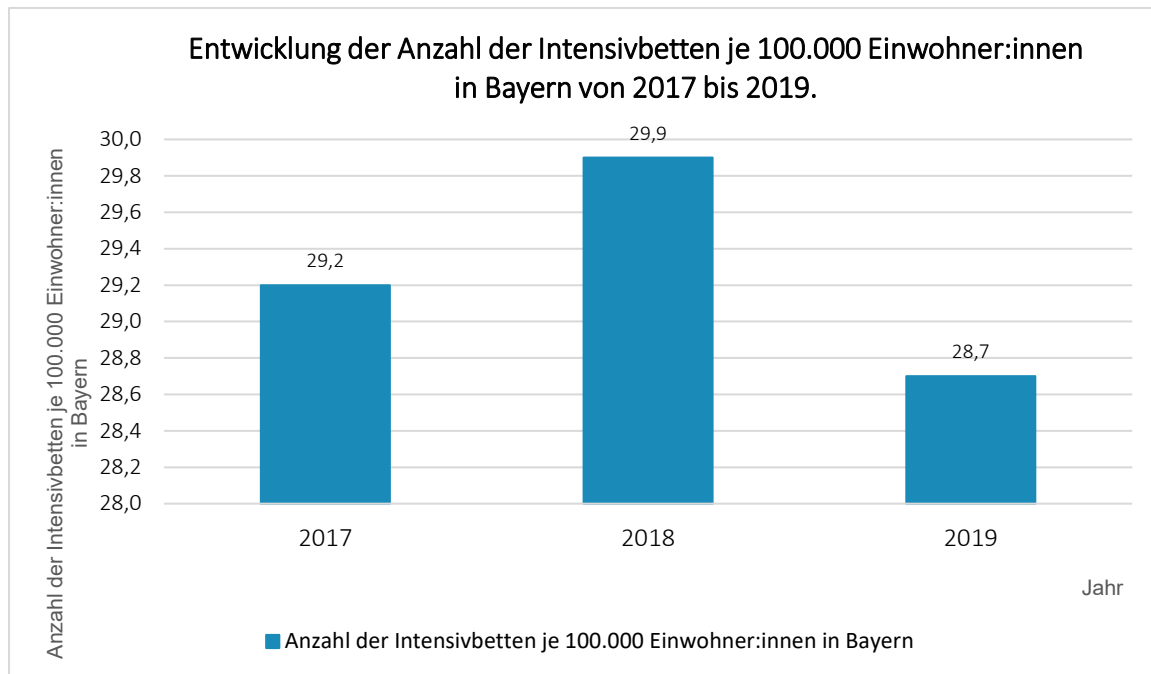
## 4 Intensivmedizinische Versorgung

In diesem Abschnitt wird die intensivmedizinische Versorgung in Bayern (4.1), Deutschland (4.2) und im internationalen Kontext (4.3) anhand ausgewählter Indikatoren beschrieben und vergleichend in Beziehung gesetzt. Die zentralen Ergebnisse sind in einem Zwischenfazit (0) zusammengeführt.

### 4.1 Bayern

Für die Analyse der intensivmedizinischen Versorgung ist es bedeutsam zunächst den Begriff des Intensivbetts zu bestimmen: Intensivbetten sind definiert als *„Betten, die zur intensivmedizinischen Behandlung in der Einrichtung aufgestellt sind. Ihre Zahl wird wie die der aufgestellten Betten als Jahresdurchschnittswert ermittelt. Zu den Intensivbetten zählen auch Schwerkrankenbetten mit Überwachungseinrichtungen, nicht aber Aufwachbetten. Bei geförderten Krankenhäusern sind nur die intensivmedizinischen Betten angegeben, die laut Krankenhausplan bzw. Förderungsbescheid als solche zugelassen sind. Hingegen werden andernorts alle aufgestellten Intensivbetten angegeben“* (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022, S. 4).

Die Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen nahm in Bayern in den drei Jahren vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie, also 2017 bis 2019, um rund 2 % ab. Während der Wert im Jahr 2017 noch bei 29,2 lag, waren im Jahr 2019 – nach einer kurzzeitigen Steigerung der Kapazität im Jahr 2018 – nur noch 28,7 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen verfügbar (vgl. Radtke 2022a). Die Entwicklung der Intensivbettendichte vor der COVID-19-Pandemie wird in Abb. 13 illustriert.



**Abb. 13** Entwicklung Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen in Bayern von 2017 bis 2019

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Radtke 2022a

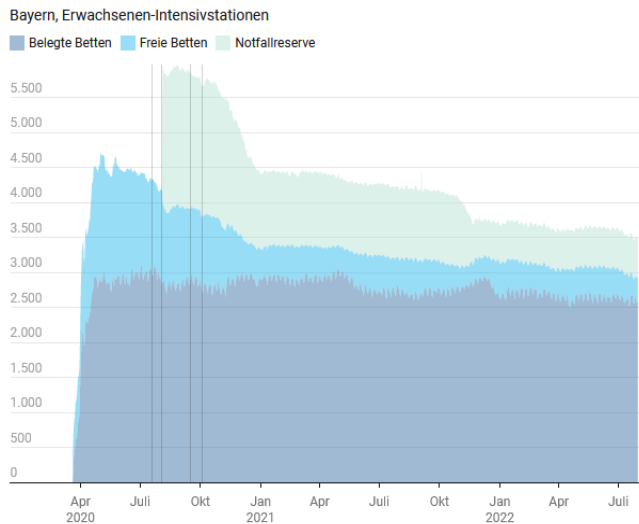
Im Jahr 2020, dem ersten von der COVID-19-Pandemie geprägten Jahr, existierten in Bayern in Summe **3.965 Intensivbetten** in 174 Krankenhäusern mit intensivmedizinischer Versorgung, sodass **30,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen** zur Verfügung standen (vgl. Rudnicka 2022; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Entsprechend ist die bevölkerungsbezogene Anzahl der Intensivbetten in Bayern um rund 5 % im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Seit dem 16.04.2020 müssen alle intensivbettenführenden Krankenhäuser tagesaktuell die Anzahl der **freien sowie belegten Intensivbetten** an das **DIVI-Intensivregister** melden. Im Rahmen ebendieser Meldungen soll die Möglichkeit geschaffen werden, Engpässe in der intensivmedizinischen Versorgung möglichst in Echtzeit zu erkennen, um datengestützt unmittelbar Handlungsempfehlungen ableiten und umsetzen zu können (vgl. Robert Koch Institut 2022). Seit dem 03.08.2020 wird zusätzlich auch die **Notfallreservekapazität**, d. h. die Anzahl der Intensivbetten, die innerhalb von sieben Tagen aktivierbar sind, erfasst (vgl. DIVI Intensivregister 2022).

Aus der Zahl von 248.362 intensivmedizinischen Fällen bzw. **1.892 intensivmedizinischen Fällen je 100.000 Einwohner:innen** und insgesamt **1.014.298 Berechnungs- bzw. Belegungstagen** ergab sich für **das Jahr 2020** eine **durchschnittliche Verweildauer von 4,1 Tagen auf der Intensivstation** (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Die **Auslastung der Intensivbetten** lag in Bayern bei **69,9 %** (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Im Zeitverlauf von April 2020 bis Juli 2022, der in Abb. 14 dargestellt ist, zeigt sich, dass die **Anzahl der Intensivbetten in Bayern insgesamt – d. h. die Anzahl der belegten und freien Betten –** von circa 4.500 auf ungefähr 3.000 im Juli 2022 **gesunken** ist, wobei im Juli 2022 eine zusätzliche Reservekapazität von rund 1.000 Betten zur Verfügung stand. Diese Reservekapazität sank jedoch ebenfalls seit Beginn der Erfassung im August 2020 – um rund 1000 Intensivbetten.

### Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)



**Abb. 14** Entwicklung der Gesamtzahl der gemeldeten Intensivbetten in Bayern

Quelle: DIVI Intensivregister 2022

Die Reduktion der Anzahl gemeldeter Intensivbetten hat mehrere Gründe: So waren zu Beginn der dynamischen Entwicklung der COVID-19-Pandemie in Deutschland, d. h. von 01.03 bis 01.08.2020, die Pflegepersonaluntergrenzen ausgesetzt. In der Folge wurden mehr freie Betten gemeldet als im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Personal für einen regulären Betrieb tatsächlich nutzbar gewesen wären. Nachdem ab August 2020 die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV, vgl. nachstehender *Informationskasten*) wieder in Kraft trat, mussten die Intensivstationen einen Schlüssel von 2,5:1 am Tag und 3,5:1 in der Nacht einhalten (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021).

Darüber hinaus wurde ab Anfang August 2020 zusätzlich die Reservekapazität der Krankenhäuser (siehe oben) abgefragt. Es ist – wie beschrieben – davon auszugehen, dass zuvor die Anzahl tatsächlich betreibbarer Betten überschätzt wurde und sich ein Teil der ehemals als freie Intensivbetten gemeldeten Betten ab dem 04.08.2020 in der neu eingeführten Kategorie „Reservekapazität“ wiederfindet.

Ferner wurde zum 01.02.2021 der Pflegeschlüssel in der Intensivmedizin nochmals auf 2:1 und 3:1 erhöht. Auch dies kann die Anzahl der betreibbaren Intensivbetten beeinflusst haben (§ 6 Abs. 1 Satz 1 PpUGV).



## Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV)

### Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

#### § 3 Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in den Krankenhäusern

(3) Ein Krankenhaus verfügt über

3. einen pflegesensitiven Bereich der Intensivmedizin, wenn in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres mindestens fünf Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980.\* oder 8-98f.\*) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel enthalten sind, der nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben wird und auf der Internetseite des Instituts veröffentlicht ist,

4. einen pflegesensitiven Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin, wenn eine Fachabteilung der pädiatrischen Intensivmedizin ausgewiesen ist oder wenn in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres mindestens fünf Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d.\*) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel enthalten sind, der nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben wird und auf der Internetseite des Instituts veröffentlicht ist, (...).

*Quelle: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 9. November 2020 (BGBl. I, 2357), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. November 2021 (BGBl. I, 4792) geändert wurde.*

Ab Oktober 2020 stieg die Anzahl der COVID-19-Patient:innen auf den Intensivstationen. Überdies erhöhte sich die Anzahl der Intensivbereiche, die Einschränkungen durch Personalmangel verzeichneten, im Zeitraum von Oktober 2020 bis Januar 2021 um gut 40 %. Der an dieser Stelle hervortretende Personalmangel wurde zum einen auf Ausfälle des Pflegepersonals aufgrund von COVID-19-Infektionen und auf andere krankheitsbedingte Absenzen, zum anderen aber auch auf Kündigungen, interne Stellenwechsel sowie Arbeitszeitreduktionen zurückgeführt (vgl. Blum und Löffert 2021).

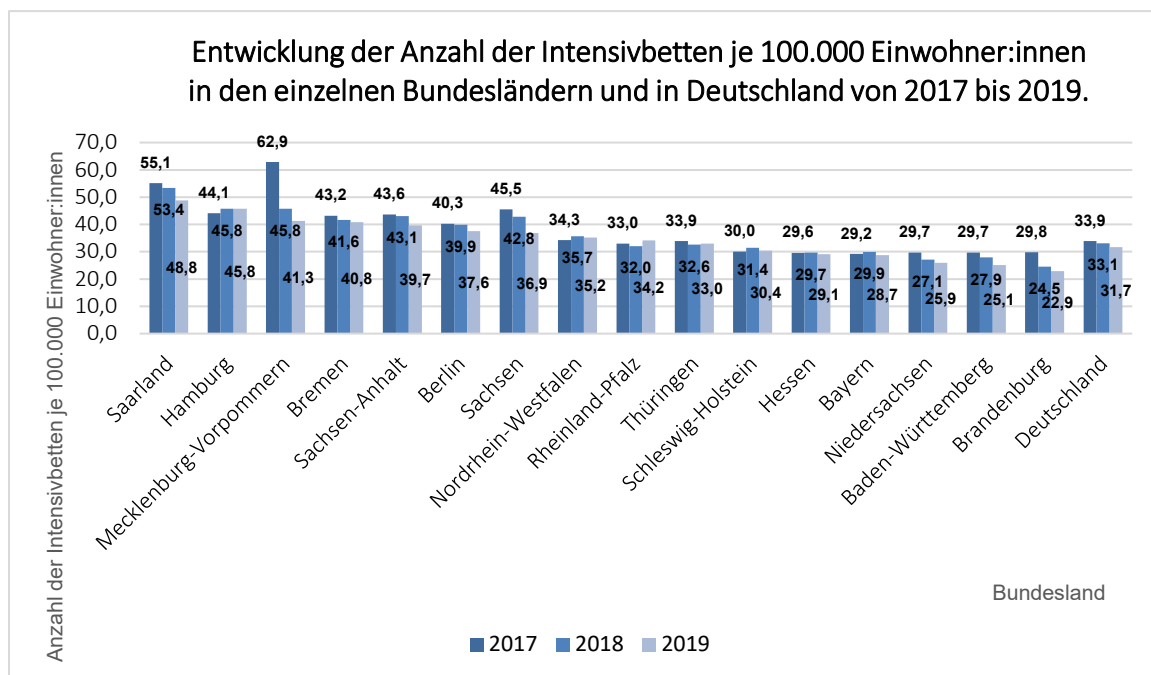
Auch der Umstand, dass die Behandlung der COVID-19-Patient:innen auf der Intensivstation mit einem hohen Aufwand einhergeht, kann dazu beigetragen haben, dass die Gesamtzahl der Intensivbetten im Zeitverlauf der COVID-19-Pandemie gesunken ist. So benötigen die meisten Corona-Patient:innen auf der Intensivstation etwa eine Beatmungsbehandlung, darüber hinaus sind erhöhte Hygienemaßnahmen sowie isolierte Räumlichkeiten notwendig (vgl. DIVI Intensivregister 2022).

Generell stellt somit die Abwanderung von Intensivpflegekräften einen der zentralen Faktoren dar, der dazu führt, dass Intensivbetten nicht betrieben werden können (vgl. Blum und Löffert 2021).

Zusätzlich zu den Intensivbetten waren im Jahr 2020 in Bayern 1.247 Betten in der **Intermediate Care (IMC)** verfügbar. Aus einer Anzahl von **115.509 Fällen** und insgesamt **303.894 Berechnungs- bzw. Belegungstagen** ergab sich eine **durchschnittliche Verweildauer von 2,6 Tagen auf IMC-Stationen** (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

## 4.2 Deutschland

Nachstehend wird zunächst die **Entwicklung der Bettendichte in den einzelnen Bundesländern sowie im Bundesgebiet** vor der COVID-19-Pandemie dargelegt: Die Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen nahm in Deutschland 2017 bis 2019 um rund 6 % ab: So waren im Jahr 2017 noch rund 33,9 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen verfügbar, ehe dieser Wert auf 31,7 im Jahr 2019 zurückgegangen ist. Ein Rückgang der Intensivbettendichte konnte in den drei Jahren vor der Manifestierung der Pandemie für die meisten Bundesländern – mit Ausnahme von Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein – beobachtet werden (vgl. Radtke 2022a). Die Entwicklung der Intensivbettendichte vor der COVID-19-Pandemie wird in Abb. 15 illustriert.



**Abb. 15** Entwicklung Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen in den Bundesländern und Deutschland 2017 bis 2019

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Radtke 2022a

Im Jahr 2020, also dem ersten von der COVID-19-Pandemie geprägten Jahr, existierten in Deutschland **27.612 Intensivbetten** in 1.106 Krankenhäusern mit intensivmedizinischer Versorgung, sodass **33,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen** zur Verfügung standen. Die Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen stieg in Deutschland im Vergleich zwischen 2019 und 2020 um 5 %.

Bei dem Vergleich von Bayern und Deutschland zeigt sich, dass die Intensivbettendichte sowohl vor der Pandemie als auch 2020 in Bayern unter dem bundesweiten Durchschnitt lag. So belegte Bayern mit 28,7 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen 2019 den 13. Platz bei dem Vergleich der einzelnen Bundesländer; auch im Jahr 2020 lag die Anzahl der Betten in Bayern mit 30,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen noch deutlich unter dem deutschen Durchschnitt, wenngleich auch in Bayern die Intensivbettendichte von 2019 bis 2020 um rund 5 % gesteigert werden konnte.

Aus einer Anzahl von 1.662.718 Fällen bzw. **1.999 Fällen je 100.000 Einwohner:innen** und insgesamt **6.952.157 Berechnungs- bzw. Belegungstagen** ergab sich eine **durchschnittliche Verweildauer von 4,1 Tagen auf der Intensivstation in Deutschland** (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Die Verweildauer in Bayern entsprach somit dem bundesweiten Durchschnitt, die Anzahl der Fälle je 100.000 Einwohner:innen überstieg minimal den bayerischen Durchschnitt.

Die **Auslastung der Intensivbetten** lag in Deutschland bei 68,8 % und somit um rund 1,1 % niedriger als in Bayern (69,9 %). (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

In Tab. 5 werden die **zentralen Vergleichsindikatoren** der intensivmedizinischen Versorgung für Bayern und Deutschland und das **Jahr 2020** tabellarisch gegenübergestellt:

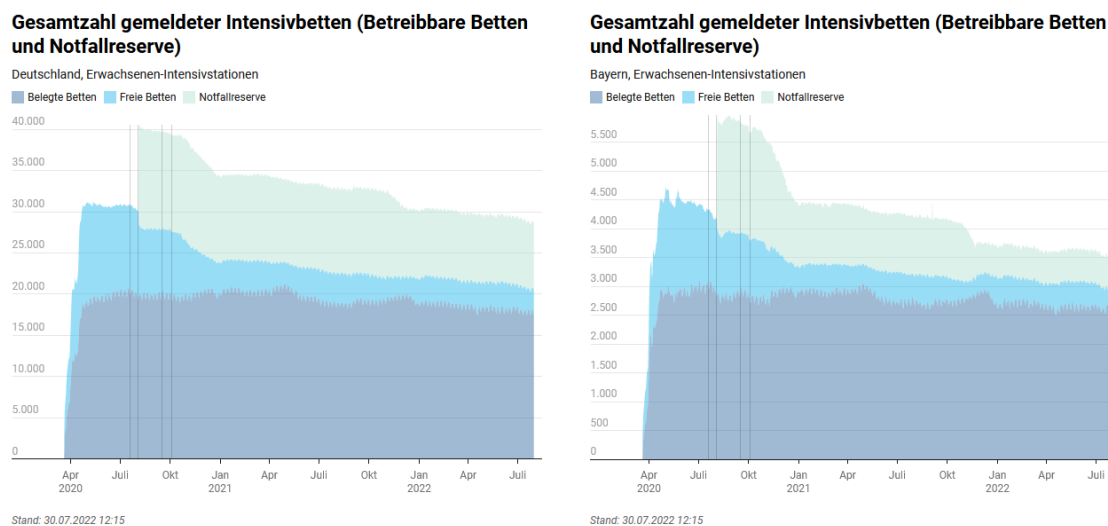
**Tab. 5** Vergleich der intensivmedizinischen Versorgung zwischen Bayern und Deutschland 2020

Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren	Bayern	Deutschland
Anzahl der Intensivbetten (je 100.000 Einwohner:innen)	30,2	33,2
Anzahl der intensivmedizinischen Fälle (je 100.000 Einwohner:innen)	1.892	1.999
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	4,1	4,1
Durchschnittliche Bettenauslastung (in %)	69,9	68,8

Analog zur Entwicklung in Bayern **sank** auch in Deutschland die **absolute Anzahl der gemeldeten Intensivbetten von April 2020** von ca. 30.000 Intensivbetten (rund 20.000 belegte und 10.000 freie Intensivbetten) **bis Juli 2022** auf knapp 21.000 Intensivbetten (rund 18.000 belegte und knapp 3.000 freie Intensivbetten), wobei zusätzlich rund 8.000 Betten als Reservekapazität zur Verfügung standen. Auch die Reservekapazität ging seit Beginn des Meldezeitraums im August 2020, als noch rund 12.000 Betten gemeldet waren, kontinuierlich zurück. Ebendiese rückläufige Entwicklung ging vor allem auf die

Abwanderung von Fachkräften aus der Intensivpflege bzw. die damit einhergehende geringere Anzahl betreibbarer Intensivbetten zurück und war in Bayern ebenso wie in Deutschland in seiner Gesamtheit festzustellen (vgl. Blum und Löffert 2021). Dabei zeigte sich jedoch, dass sowohl die Anzahl der Intensivbetten als auch die Reservekapazität in Bayern noch stärker zurückgingen als in der gesamten Bundesrepublik. In Abb. 16 werden die Entwicklung im Bundesgebiet und in Bayern einander gegenübergestellt.



**Abb. 16** Entwicklung Gesamtzahl der gemeldeten Intensivbetten in Deutschland und Bayern April 2020 bis Juli 2022

Quelle: DIVI Intensivregister 2022

Bei der Meldung der Anzahl der Intensivbetten an das DIVI-Register können finanzielle Anreize eine Rolle gespielt haben, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte. In diesem Zusammenhang ist auf zwei zentrale Fördermaßnahmen zu verweisen, die zu Beginn der COVID-19-Pandemie verabschiedet worden sind: Zum einen wurden Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser gezahlt, welche die Einbußen, die aus der Verschiebung von elektiven Eingriffen resultierten, kompensieren sollten. Zum anderen wurde der Aufbau von Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit finanziell gefördert. So erhielten Krankenhäuser im Zeitraum vom 16.03.2020 bis 31.09.2020 eine einmalige Zahlung i. H. v. 50.000 € je Intensivbett – unter der Voraussetzung, dass das Bett von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde genehmigt wurde (vgl. Bundesrechnungshof 2021).

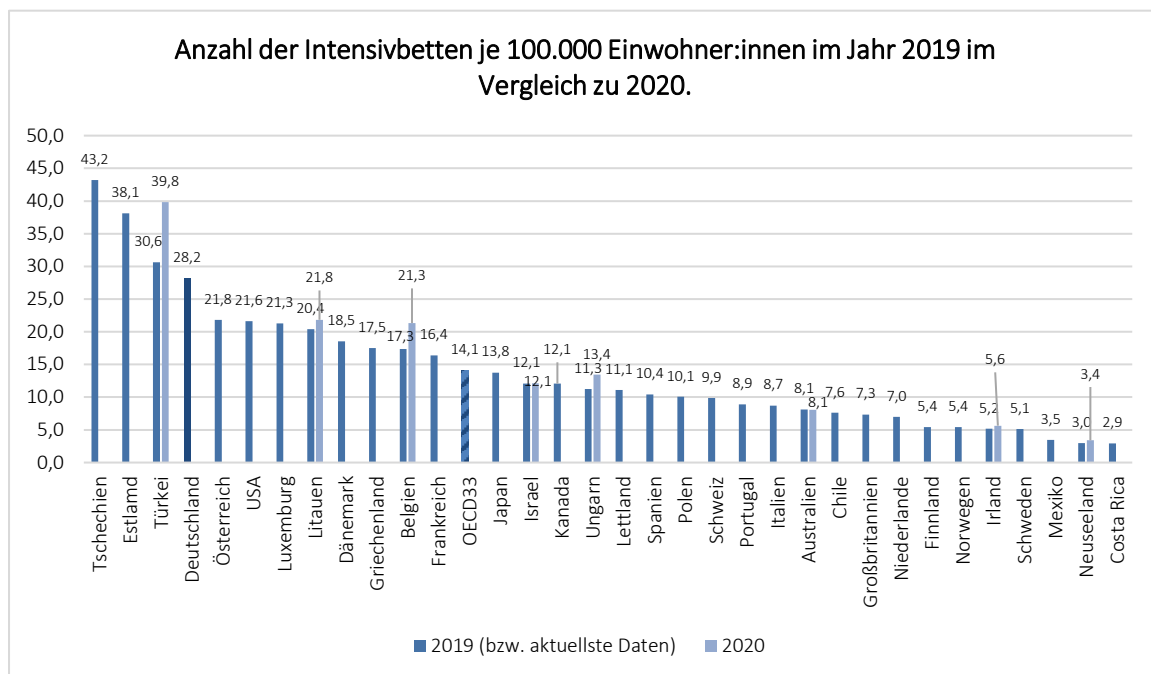
Weitere 7.470 Betten waren im Jahr 2020 in der **Intermediate Care (IMC)** verfügbar. Aus einer Anzahl von **655.272 Fällen** und insgesamt **1.858.913 Berechnungs- bzw. Belegungstagen** ergab sich eine **durchschnittliche Verweildauer von 2,8 Tagen auf entsprechenden Stationen** (vgl. Statistisches



Bundesamt (Destatis) 2022). Somit lag die durchschnittliche Verweildauer in diesem Bereich in Bayern mit 2,6 Tagen leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt.

### 4.3 International

Intensivbetten werden international heterogen definiert und unterscheiden sich u. a. in den Anforderungen an den Betreuungsschlüssel, der Ausstattung der Betten (z. B. in Bezug auf Beatmungs-, Überwachungs- und Infusionsgeräte) sowie Charakteristika der behandelten Patient:innen. Allgemein werden Intensivbetten in Abhängigkeit des Betreuungsaufwands in drei Stufen eingeteilt, wobei Stufe 3 den am stärksten und Stufe 1 den am wenigsten ausgeprägten Grad der Betreuung beschreiben. Die im Folgenden in Abb. 17 aufgeführten Daten umfassen in der Regel Intensivbetten aller drei Betreuungsstufen für Erwachsene. Ausnahmen davon stellen zum einen wenige Ländern, wie Estland, dar, die auch neonatale und pädiatrische Intensivbetten erfassen und zum anderen die Staaten Lettland, Irland und Großbritannien, welche bei der Datenerhebung nur Intensivbetten der Stufen 2 und 3 berücksichtigen (vgl. OECD 2021).



**Abb. 17** Anzahl Intensivbetten für Erwachsene je 100.000 Einwohner:innen 2019 im Vergleich zu 2020

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD 2021, S. 139

Ungeachtet der definitorischen Unterschiede existierten im Durchschnitt der 33 bei der Datenerhebung berücksichtigten OECD-Staaten durchschnittlich 14,1 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner:innen im Jahr 2019. Deutlich über dem OECD-Durchschnitt lagen Tschechien (43,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen), Estland (38,1) und die Türkei (30,6). Deutschland belegte mit 28,2 Intensivbetten je

100.000 Einwohner:innen im Jahr 2019 ebenfalls einen Spitzenplatz in Bezug auf die Intensivbettendichte. Am anderen Ende des Spektrums befanden sich innerhalb Europas Finnland sowie Norwegen (jeweils 5,4 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen), Irland (5,2) und Schweden (5,1). Eine noch geringere Intensivbettendichte lag nur in Costa Rica, Neuseeland und Mexiko vor, wo jeweils weniger als vier Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung standen.

Da die Intensivbetten eine wesentliche Ressource zur Versorgung schwerkranker Patient:innen während der COVID-19-Pandemie darstellten, setzten die Länder während der Pandemie verschiedene Maßnahmen ein, um die ihre intensivmedizinischen Kapazitäten zu erhöhen. Zu diesen zählten u. a. die Umwandlung anderer Abteilungen in Intensivstationen, der kurzfristige Aufbau von Intensivstationen in Feldkrankenhäusern sowie die Verlegung von Patient:innen an Orte mit freien intensivmedizinischen Kapazitäten. Wenngleich bei der Datenerhebung der OECD lediglich für wenige Staaten Zahlen für das Jahr 2020 und somit das erste Jahr, das von der COVID-19-Pandemie geprägt war, vorlagen, deuten diese darauf hin, dass die Maßnahmen erfolgreich waren und die Behandlungskapazitäten auf den Intensivstationen in allen Ländern – mit Ausnahme von Australien und Israel – gesteigert werden konnten. Dabei gelang es, die intensivmedizinischen Kapazitäten in der Türkei um mehr als 30 % zu steigern. Auch in Belgien (+23 %) und in Ungarn (+19 %) stieg die Anzahl der Intensivbetten stark an. In Litauen, Irland und Neuseeland war dieser Anstieg moderat (7-13,5 %) (vgl. OECD 2021). Um die Wirksamkeit der Maßnahmen umfassend evaluieren und Best-Practice-Lösungen ableiten zu können, müssen weitere Auswertungen bzw. Erhebungen erfolgen.

Da für Deutschland im Rahmen der OECD-Erhebung noch keine Zahlen für 2020 vorliegen und die Werte von Radtke (2022) sich von denen der OECD (2021) unterscheiden, kann keine abschließende Aussage zur Wirksamkeit der Maßnahmen zum Ausbau der intensivmedizinischen Kapazitäten getroffen werden. Bei der Betrachtung des DIVI-Registers zeigt sich im Zeitraum von April 2020 bis November 2022 ein leichter Rückgang gemeldeter Intensivbetten, wobei hier auch finanzielle Fehlanreize insbesondere im ersten Jahr der Pandemie die Anzahl der gemeldeten Betten verzerrt und somit das Ergebnis verfälscht haben könnten. Alles in allem zeigt sich jedoch, dass Deutschland vor der Pandemie im Vergleich zu den anderen OECD-Staaten in Bezug auf die Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen einen der Spitzenplätze belegte und somit über deutlich mehr entsprechende Behandlungskapazitäten verfügte als die meisten anderen OECD-Staaten. Bei der Analyse der Daten ist zu beachten, dass zum einen die Zahlen für Deutschland deutlich von den in nationalen Untersuchungen erhobenen Daten abweichen und zum anderen die Vergleichbarkeit aufgrund der divergierenden Definitionen von Intensivbetten bzw. der heterogenen Datenerfassung eingeschränkt ist.

## 4.4 Zwischenfazit

Im **Vergleich zwischen Bayern und Deutschland** zeigte sich, dass sowohl in Bayern als auch in der Bundesrepublik die Intensivbettendichte in den drei Jahren vor der Manifestierung der COVID-19-Pandemie zurückging. Sie verringerte sich 2017 bis 2019 in Bayern um rund 2 %, in Deutschland um circa 6 %. Im Jahr 2020, dem ersten Jahr, das von der COVID-19-Pandemie geprägt war, konnte die Anzahl der Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen im Vergleich zu 2019 sowohl in Bayern als auch in Deutschland um rund 5 % erhöht werden. Wie in den drei Jahren vorher war auch 2020 die Intensivbettendichte in Deutschland höher als in Bayern (33,2 bzw. 30,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen). Betrachtet man die absolute Anzahl der Intensivbetten im Zeitraum April 2020 bis Juli 2021, zeigt sich, dass diese ebenso wie die intensivmedizinischen Reserve-Kapazitäten sowohl in Deutschland als auch in Bayern abnahmen, wobei in Bayern ein stärkerer Rückgang als im deutschen Durchschnitt zu verzeichnen war. Im Jahr 2020 war in Bayern die Anzahl intensivmedizinischer Fälle je 100.000 Einwohner:innen um rund 100 Fälle geringer als im bundesweiten Mittel, die mittlere Bettenauslastung hingegen mit 69,9 % um gut einen Prozentpunkt höher als im deutschen Durchschnitt. Die Verweildauer auf der Intensivstation war mit jeweils 4,1 Tagen in Bayern und Deutschland identisch. Alles in allem war somit auf Basis der vier Vergleichsindikatoren in Bayern eine geringere Intensivbettendichte, eine geringere bevölkerungsbezogene Fallzahl sowie eine höhere Auslastung der Intensivbetten bei gleicher Verweildauer im Vergleich zum deutschen Durchschnitt zu verzeichnen.

Im **internationalen Vergleich** innerhalb der OECD belegte Deutschland im Jahr 2019 mit 28,2 Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen einen der Spitzenplätze in Bezug auf die Intensivbettendichte und verfügte somit über nahezu doppelt so viele Intensivbetten je 100.000 Einwohner:innen wie der OECD33-Durchschnitt (14,1). In Bezug auf die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Erhöhung der intensivmedizinischen Kapazitäten können aufgrund mangelnder Daten im internationalen Vergleich keine abschließenden Aussagen getroffen werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch beachtet werden, dass zum einen die Zahlen aus der OECD-Erhebung (2021) von den Werten des statistischen Bundesamts (2022) sowie Radtke (2022) abweichen und zum anderen die internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Definitionen von Intensivbetten sowie der heterogenen Datenerhebung eingeschränkt ist.

## 5 Personalsituation in der stationären Versorgung

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst die Personalsituation in der stationären Versorgung in Bayern (5.1), anschließend in Deutschland (5.2) und im internationalen Kontext (5.3) beschrieben. Das Kapitel schließt mit einem resümierenden Zwischenfazit (5.4) zur Personalsituation in Bayern im nationalen sowie internationalen Vergleich.

### 5.1 Bayern

Die Beschreibung der Personalsituation im stationären Sektor in Bayern unterscheidet, wie auch bei der Erhebung des Statistischen Bundesamtes (2022), zwischen Mitarbeitenden mit einem direkten und Mitarbeitenden ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung, in der die Arbeit erbracht wird. Dabei ist die Anzahl der Mitarbeitenden in Vollkräften angegeben, wobei sich die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt aus der Summe der umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer:innen sowie der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tatsächlicher Arbeitszeit eingesetzt waren, ergibt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

In Bayern waren im Jahr 2020 **insgesamt 160.144 Vollkräfte im stationären Sektor tätig**, davon 153.483 Vollkräfte bzw. 95,8 % mit und 6.661 Vollkräfte bzw. 4,2 % ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in einer Einrichtung der stationären Versorgung tätig. Bei den Vollkräften, die nicht in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zu der Einrichtung stehen, handelt es sich zum Beispiel um Beschäftigte, die im Rahmen des Personalleasings (als "Zeitarbeiter") eingesetzt werden. Dabei ist entscheidend, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt. Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung in der Einrichtung übernommen hat, wird nicht erfasst; da in diesem Fall die ("outgesourcte") Reinigung nicht mehr zu den Leistungen einer Einrichtung zählt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Beim ärztlichem Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis handelt es sich um Honorarkräfte oder im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft Beschäftigte, beim nichtärztlichem Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis spielen sowohl konzerninterne Personalgesellschaften als auch die Zeitarbeit eine Rolle (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

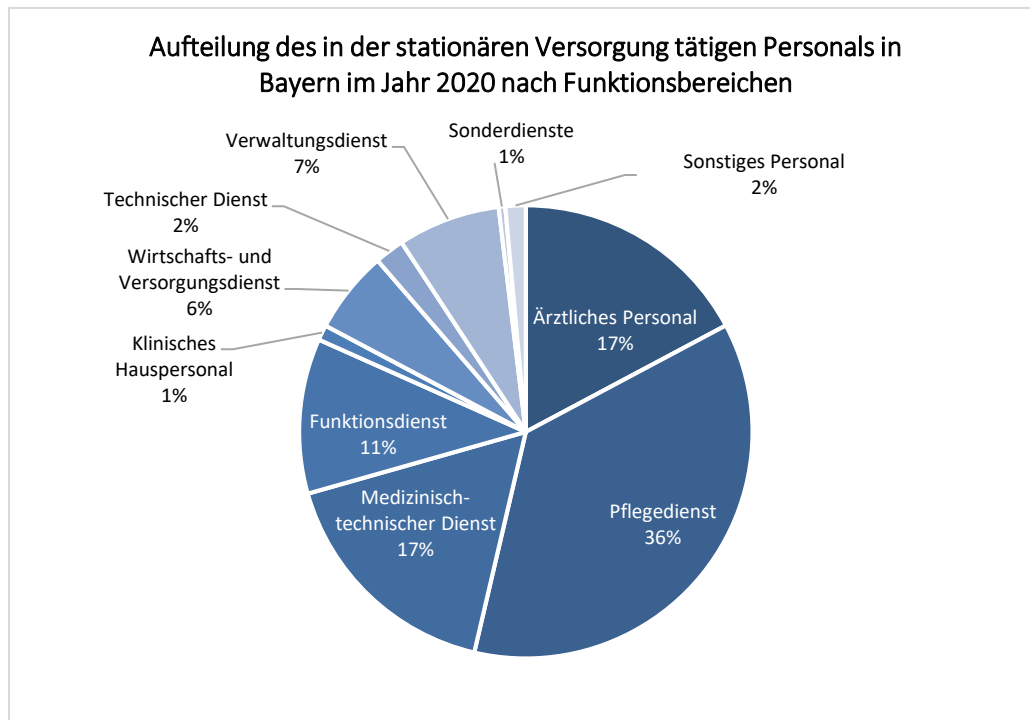
27.575 Vollkräfte gingen auf **ärztliches Personal** zurück, wobei 26.789 Vollkräfte (97,1 %) in einem direkten Beschäftigungsverhältnis und 786 Vollkräfte (2,9 %) ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis

als Honorarärzt:innen tätig oder im Rahmen von konzerninternen Personalgesellschaften bei der jeweiligen Einrichtung angestellt waren (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

132.569 Vollkräfte entfallen auf den **nichtärztlichen Dienst**: Dabei waren 126.694 Vollkräfte in einem direkten (95,6 %) und 5.875 Vollkräfte ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis mit der Einrichtung (4,4 %) tätig. In Bayern ging der Großteil des nichtärztlichen Personals auf **Pflegekräfte** zurück: So waren 58.375 Vollkräfte im Pflegedienst angestellt, davon 56.547 Vollkräfte mit einem direkten (96,9 %) und 1.828 Vollkräfte ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis (3,1 %) (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Somit besteht rund 44,0 % des nichtärztlichen Personals und circa 36,5 % des gesamten Personals im stationären Sektor aus Mitarbeitenden im Pflegedienst, der damit den größten Anteil an Mitarbeitenden darstellt. Dieser wird im vorliegenden Gutachten fokussiert. Die besondere Relevanz wird auch daran deutlich, dass Engpässe im (Intensiv-)Pflegepersonal auch einen wesentlichen Faktor für eine Reduktion der betreibbaren Intensiv- bzw. Krankenhausbetten darstellen (vgl. Blum und Löffert 2021). Insgesamt waren in Bayern im Jahr 2020 **0,77 Vollkräfte im Pflegedienst je Krankenhausbett** verfügbar (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Weitere Mitarbeitende waren in verschiedenen anderen Funktionsbereichen angestellt. Die Verteilung des Personals auf die einzelnen Funktionsgruppen in Bayern ist in Abb. 18 dargestellt. Dabei entspricht die Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen weitgehend der Gliederung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).



**Abb. 18** Aufteilung des in der stationären Versorgung tätigen Personals in Bayern 2020 nach Funktionsbereichen

Quelle: Eigene Darstellung

## 5.2 Deutschland

Im folgenden Kapitel wird die Personalsituation im stationären Sektor in Deutschland beschrieben, wobei die Mitarbeitenden analog zu Kapitel 5.1 in Vollzeitäquivalente umgerechnet wurden. Wie auch ebendort wird zwischen Mitarbeitenden mit einem direkten und Mitarbeitenden ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung unterschieden.

Im Jahr 2020 waren in Deutschland insgesamt durchschnittlich **978.373 Vollkräfte im stationären Sektor** beschäftigt, davon 951.936 Vollkräfte mit einem direkten Beschäftigungsverhältnis mit der Einrichtung (97,3 %) und 26.437 Vollkräfte ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis (2,7 %).

173.747 Vollkräfte gingen auf **ärztliches Personal** zurück, wobei 171.367 Vollkräfte (98,6 %) in einem direkten Beschäftigungsverhältnis und 2.380 Vollkräfte (1,4 %) ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis bei der jeweiligen Einrichtung angestellt waren (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Letztere waren als Honorarärzt:innen tätig oder im Rahmen von konzerninternen Personalgesellschaften angestellt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

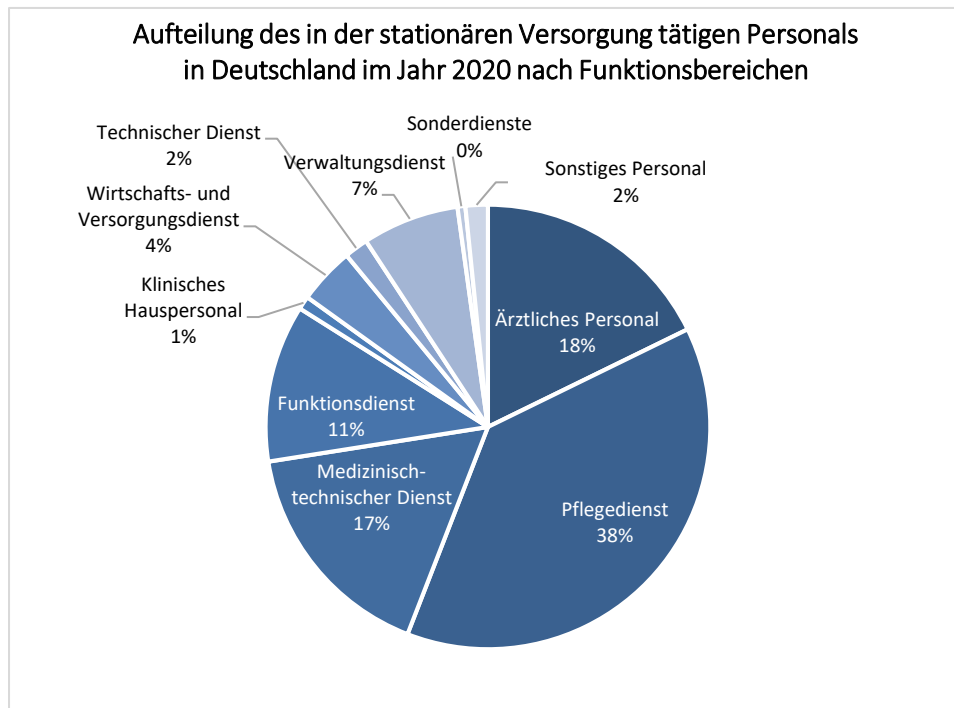
804.626 Vollkräfte sind dem nichtärztlichen Dienst zuzuordnen: Dabei waren 780.569 Vollkräfte in einem direkten (97,0 %) und 24.057 Vollkräfte ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis (3,0 %) in den Krankenhäusern tätig.

Der größte Anteil des angestellten Personals ging auf den **Pflegedienst** zurück: Dort waren **373.065 Vollkräfte** angestellt, davon 362.844 Vollkräfte mit einem direkten (97,3 %) und 10.221 Vollkräfte ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis (2,7 %) (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Insgesamt waren im Jahr 2020 durchschnittlich rund 28.000 Vollkräfte auf Intensivstationen angestellt (vgl. Simon 2022). Es zeigt sich somit, dass der Großteil des angestellten Pflegepersonals direkt bei der Einrichtung angestellt war und entsprechend nur ein kleiner Anteil nicht über ein direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung verfügte, sondern im Rahmen von Zeitarbeit oder konzerninternen Personalgesellschaften angestellt war (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Somit besteht rund 46,4 % des nichtärztlichen Personals und circa 38,1 % des gesamten Personals im stationären Sektor aus Mitarbeitenden im Pflegedienst – der Pflegedienst stellt in Deutschland den größten Anteil an Mitarbeitenden dar und wird daher und aufgrund der bereits beschriebenen großen Bedeutung für die Anzahl betreibbarer Krankenhaus- bzw. Intensivbetten im vorliegenden Gutachten vertieft behandelt. Insgesamt waren in Deutschland im Jahr 2020 **0,76 Vollkräfte im Pflegedienst je Krankenhausbett** verfügbar (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022).

Wenngleich in Bayern der Anteil des Pflegepersonals am nichtärztlichen bzw. am gesamten Personal mit 44,0 % bzw. 36,5 % etwas geringer als in Deutschland in seiner Gesamtheit war, lag die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst je Krankenhausbett in Bayern mit rund 0,77 je Krankenhausbett sogar minimal über dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Weitere 431.561 Vollkräfte waren in weiteren Funktionsbereichen angestellt. Die Verteilung des Personals in Deutschland auf die einzelnen Funktionsgruppen ist in Abb. 19 illustriert.



**Abb. 19** Aufteilung des in der stationären Versorgung tätigen Personals in Deutschland 2020 nach Funktionsbereichen

Quelle: Eigene Darstellung

Der Anteil des Personals, der sich in einem direkten Anstellungsverhältnis mit der Einrichtung befindet, unterscheidet sich zwischen einzelnen Funktionsgruppen und im Vergleich zwischen Bayern und Deutschland leicht: So war der Anteil des direkt bei der Einrichtung angestellten ärztlichen Personals sowohl in Bayern als auch in Deutschland höher als bei nichtärztlichem Personal. Jedoch lag der Anteil der festgestellten Ärzt:innen in Bayern um 1,5 Prozentpunkte unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Ein ähnliches Verteilungsmuster zeichnet sich auch in Bezug auf das nichtärztliche Personal in seiner Gesamtheit ebenso wie in Bezug auf das Pflegepersonal im Speziellen ab: So bewegte sich in Bayern der Anteil des festgestellten Personals beim nichtärztlichen Personal um rund 1,4 Prozentpunkte und beim Pflegedienst um circa 0,4 Prozentpunkte unter dem deutschen Mittel. Insgesamt lag der Anteil der festgestellten Mitarbeitenden im stationären Sektor in Bayern um rund 1,5 Prozentpunkte niedriger als im deutschen Durchschnitt. Vice versa spielten konzerninterne Personalgesellschaften sowie Zeitarbeit im nichtärztlichen bzw. Honorartätigkeiten im ärztlichen Bereich in Bayern eine etwas größere Rolle als in Deutschland in seiner Gesamtheit.



**Tab. 6** Anteil Personal mit direktem Anstellungsverhältnis bei der Einrichtung in Bayern und Deutschland 2020 nach Funktionsgruppen

Quelle: Eigene Darstellung

Mitarbeitende mit direktem Anstellungsverhältnis	Bayern	Deutschland
Ärztliches Personal (in %)	97,1	98,6
Nichtärztliches Personal (in %)	95,6	97,0
Pflegedienst (in %)	96,9	97,3
Personal im stationären Sektor insgesamt (in %)	95,8	97,3

Ergänzend zu der Datenerhebung des Statistischen Bundesamts (2022) führten Blum und Löffert im Oktober 2021 eine Blitzumfrage zur Personalsituation in der Intensivpflege, an der 233 Einrichtungen mit Intensivbetten teilnahmen, durch (vgl. Blum und Löffert 2021). Dies entspricht knapp einem Fünftel aller Krankenhäuser mit Intensivbetten in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Nur 28 % der Einrichtungen hatten im Oktober 2021 noch unverändert viele Vollzeitkräfte in der Intensivpflege zur Verfügung verglichen zum Dezember 2020, in 35 % der Häuser standen bis zu 5 % weniger Vollzeitkräfte in Vollzeit zur Verfügung, in 29 % der Einrichtungen bis zu 10 % weniger und in 9 % der Krankenhäuser reduzierte sich die Anzahl der Intensivpflegekräfte in Vollzeit um mehr als 10 % (vgl. Blum und Löffert 2021).

Wenngleich der Personalmangel in der Intensivpflege seit einigen Jahren zunimmt, verschärfte sich diese Entwicklung in 2021 merklich, da in diesem Jahr in rund der Hälfte der Einrichtungen etwas oder deutlich mehr Intensivpflegekräfte im Vergleich zu den Vorjahren abgewandert sind (vgl. Blum und Löffert 2021). Ebendiese Abwanderung hat in 86 % der befragten Krankenhäusern dazu geführt, dass die Intensivbetten im Jahr 2021 nicht vollumfänglich betrieben werden konnten – bei mehr als 50 % der befragten Einrichtungen sei dieser Zustand oft oder sehr oft eingetreten (vgl. Blum und Löffert 2021). Für die Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass nur ein Fünftel der intensivbettenführenden Krankenhäuser in Deutschland an der Befragung teilgenommen haben und dabei ein Selektionsbias entstanden sein könnte. Nichtsdestotrotz deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Engpässe bei dem (Intensiv-)Pflegepersonal ein bedeutender Einflussfaktor auf die Anzahl betreibbarer Intensiv- bzw. Krankenhausbetten sind und der Abwanderung der Fachkräfte entschieden entgegenzuwirken ist.

### 5.3 International

Im internationalen Vergleich unterscheiden sich die Anzahl sowie die Zusammensetzung des Personals im stationären Sektor auch in Abhängigkeit von der Bedeutung der stationären Versorgung im jeweiligen

Gesundheitssystem. So werden in den meisten Staaten mit einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung, wie Großbritannien, Spanien oder Portugal, auch ambulante fachärztliche Leistungen in Krankenhäusern erbracht, während in anderen Gesundheitssystemen, wie in Deutschland, Australien, der Schweiz und den USA, ambulante fachärztliche Leistungen i.d.R. außerhalb von Krankenhäusern verortet sind (vgl. OECD 2021).

Aus Abb. 20 geht hervor, dass im Jahr 2019 in der Schweiz, Großbritannien, Norwegen und den USA insgesamt die meisten Mitarbeitenden im stationären Sektor in Relation zur Gesamtbevölkerung tätig waren. Bei der Interpretation dieser Daten ist jedoch zu beachten, dass in den USA rund 45 % und in der Schweiz rund 30 % davon auf **nicht-klinisches Personal** entfallen – diese Werte liegen deutlich über dem Mittel der OECD (22 %). Deutschland belegt im Vergleich der 32 aufgeführten OECD-Staaten mit insgesamt 1.711 Personen je 100.000 Einwohner:innen den zehnten Platz und liegt damit über dem OECD-32-Durchschnitt von 1.468 Personen je 100.000 Einwohner:innen. Der Anteil des nicht-klinischen Personals beträgt in Deutschland 22 %. In den Staaten Korea, Slowakei, Mexiko und Chile war der Anteil des im stationären Sektor tätigen Personals im Vergleich zur Gesamtbevölkerung am geringsten und lag bei unter 850 Personen je 100.000 Einwohner:innen.

Der Anteil der **Ärzt:innen** am gesamten stationären Personal lag im Jahr 2019 in Deutschland bei 14 %, was exakt dem OECD-Durchschnitt entspricht. In Belgien, USA und Kanada betrug der Anteil der Ärzt:innen maximal 6 %, während er in Griechenland und der Slowakei bei 22 % bzw. 23 % und in Mexiko sogar bei 27 % lag.

Es zeigt sich ferner, dass der größte Anteil des im stationären Sektor tätigen Personals im Jahr 2019 auf die **Krankenpfleger:innen sowie Hebammen** zurückging – deren Anteil beträgt innerhalb der OECD durchschnittlich 37 %. In Deutschland waren diese mit rund 40 % des gesamten stationären Personals sogar noch stärker vertreten als im OECD-Mittel.

Die Bedeutung der **Pflegehelfer:innen** ist in einigen Ländern, wie Frankreich (19 %), Spanien sowie Estland (je 21%), Portugal (23 %) oder Chile (31%), hoch – im OECD-Durchschnitt machte diese Berufsgruppe 2019 rund 10 % des stationären Personals aus. Bei der Statistik der OECD wird deren Anteil in Deutschland mit 0 % ausgewiesen, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass diese Berufsgruppe bei der Erhebung in Deutschland nicht gesondert erfasst wurde.

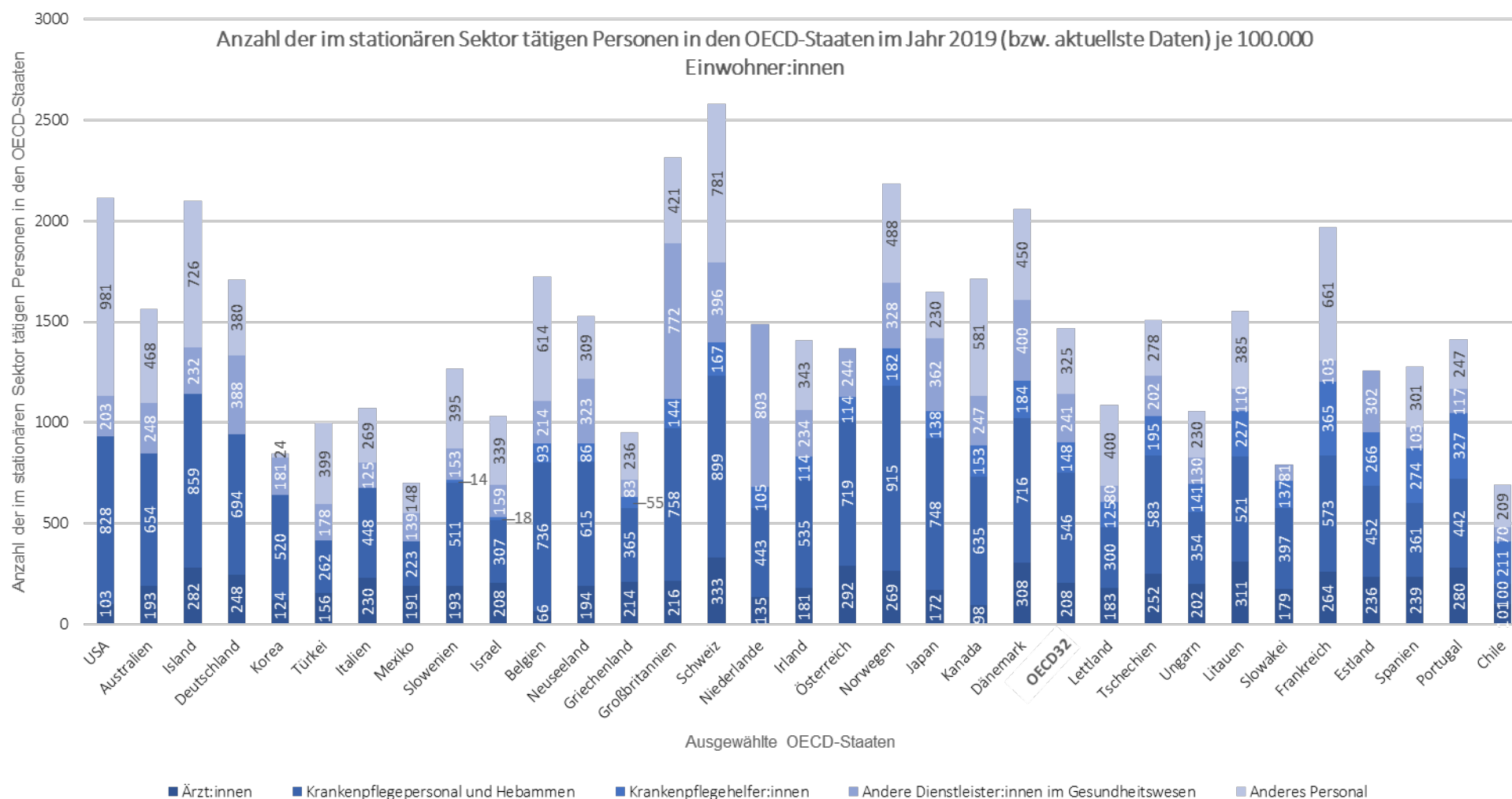


Abb. 20 Anzahl im stationären Sektor tätiger Personen in den OECD-Staaten je 100.000 Einwohner:innen (2019)

Quelle: Vgl. OECD 2021, S. 225, Daten tabellarisch abrufbar unter <https://stat.link/sr4y1w>

Alles in allem war somit in Deutschland im Vergleich zur OECD überdurchschnittlich viel Personal in Relation zur Gesamtbevölkerung im stationären Sektor tätig – genauer lag Deutschland bei dem Anteil der Ärzt:innen im OECD-Durchschnitt, im Bereich des Krankenpflegepersonals und der Hebammen war die Bundesrepublik sogar überdurchschnittlich gut aufgestellt, während zu den Krankenpflegehelfer:innen keine Aussage getroffen werden kann, da diese Berufsgruppe in Deutschland nicht gesondert erfasst wurde. In Bezug auf den Anteil der nicht-klinischen Mitarbeitenden entsprach Deutschland dem OECD-Durchschnitt.

Generell ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass nicht die Vollzeitäquivalente, sondern die Anzahl der Mitarbeitenden erfasst wurde. Dies gilt allerdings nicht für Japan, Australien und die Slowakei. Da dort die Vollzeitäquivalente erfasst wurden, ist mit einer Unterschätzung des im stationären Sektor tätigen Personals im internationalen Vergleich zu rechnen. Ebenfalls zu einer Unterschätzung kam es in Österreich, Estland und (erneut) der Slowakei, da dort nur klinisch tätiges Personal erfasst wird. Ferner wurden in Australien, Chile, Dänemark, Irland, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich nur Daten über die Beschäftigung in öffentlichen Krankenhäusern gemeldet, was ebenfalls zu einer Unterschätzung des im stationären Sektor tätigen Personals führte. Darüber hinaus wurde in einigen Ländern, wie Deutschland, den USA, Island, Australien, Italien und Mexiko, das nicht-klinische Personal nicht gesondert erfasst, sodass auch dadurch die internationale Vergleichbarkeit in Bezug auf die Verteilung der einzelnen Berufsgruppen eingeschränkt ist. Abschließend ist nochmals die heterogene Bedeutung und Ausgestaltung des stationären Sektors in verschiedenen Gesundheitssystemen zu betonen, welche die internationale Vergleichbarkeit der Daten einschränkt (vgl. OECD 2021).

## 5.4 Zwischenfazit

Im **Vergleich zwischen Bayern und Deutschland** zeigt sich, dass sowohl in Bayern als auch in der Bundesrepublik der Pflegedienst den größten Anteil der angestellten Mitarbeitenden im stationären Sektor ausmachte. Während in Deutschland im Jahr 2020 rund 46,4 % des nichtärztlichen Personals und circa 38,1 % des gesamten Personals im stationären Sektor aus Mitarbeitenden im Pflegedienst besteht, ist der Anteil des Pflegepersonals am nichtärztlichen bzw. am gesamten Personal mit 44,0 % bzw. 36,5 % in Bayern etwas geringer. Demgegenüber lag die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst je Krankenhausbett in Bayern im Jahr 2020 mit rund 0,77 Vollkräften je Krankenhausbett sogar minimal über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 0,76 Vollkräften im Pflegedienst je Krankenhausbett. Der Anteil des Personals, der sich in einem direkten Anstellungsverhältnis mit der Einrichtung befand, unterscheidet sich im Vergleich zwischen Bayern und Deutschland leicht: So war der Anteil des direkt bei der Einrichtung angestellten ärztlichen Personals in Bayern ebenso wie in Deutschland höher als bei

nichtärztlichem Personal, wohingegen der Anteil der festangestellten Ärzt:innen in Bayern um 1,5 Prozentpunkte unter dem bundesdeutschen Durchschnitt lag. Ein ähnliches Verteilungsmuster zeichnet sich auch in Bezug auf das nichtärztliche Personal sowie das Pflegepersonal ab: So bewegte sich in Bayern der Anteil des festangestellten Personals beim nichtärztlichen Personal um rund 1,4 Prozentpunkte und beim Pflegedienst um circa 0,4 Prozentpunkte unter dem deutschen Mittel. Insgesamt war der Anteil der festangestellten Mitarbeitenden im stationären Sektor in Bayern um rund 1,5 Prozentpunkte niedriger als im deutschen Durchschnitt.

Im **internationalen Vergleich** innerhalb der OECD zeigt sich, dass Deutschland beim Anteil der im Gesundheitswesen tätigen Personen in Relation zur Gesamtbevölkerung im vorderen Mittelfeld lag: So belegt die Bundesrepublik mit insgesamt 1.711 Personen je 100.000 Einwohner:innen den zehnten Platz bei dem Vergleich der 32 aufgeführten OECD-Staaten und lag damit über dem OECD-32-Durchschnitt von 1.468 Personen je 100.000 Einwohner:innen. Der Anteil des nicht-klinischen Personals betrug in Deutschland 22 %. Der Anteil der Ärzt:innen am gesamten stationären Personal entsprach in Deutschland im Jahr 2019 exakt dem OECD-Durchschnitt von 14 %. Innerhalb der OECD ging der größte Anteil des im stationären Sektor tätigen Personals im Jahr 2019 auf die Krankenpfleger:innen sowie Hebammen zurück (37 %) – in Deutschland lag deren Anteil mit rund 40 % über dem OECD-Mittel. Ein Vergleich in Bezug auf Pflegehelfer:innen ist nicht möglich, da diese Berufsgruppe in Deutschland nicht gesondert erfasst wurde. Generell ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass in den meisten Ländern nicht die Vollzeitäquivalente, sondern die Anzahl der Mitarbeitenden erfasst wurde. Ebenso unterschieden sich die Staaten im Hinblick darauf, welche Einrichtungen und Berufsgruppen erfasst wurden, sodass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist.

## 6 Fazit

Im **Vergleich zwischen Bayern und Deutschland** zeigt sich, dass die bevölkerungsbezogene Anzahl der Krankenhaus- sowie Intensivbetten in Bayern etwas geringer war als in Deutschland insgesamt, jedoch lag Bayern auch bei den stationären sowie intensivmedizinischen Fällen unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Für Bayern wurden darüber hinaus auch **regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit** von stationären Einrichtungen der Grundversorgung exemplarisch untersucht: Dabei stellte sich heraus, dass die Erreichbarkeit mit Ausnahme von kleineren ländlichen Gebieten insbesondere in urbanen, aber auch in ländlichen Regionen gut bis sehr gut ist. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Aufrechterhaltung von Grundversorgern insbesondere im ländlichen Raum von immenser Bedeutung für die regionale Versorgungssicherheit ist, da die Dichte an Grundversorgern in der Regel deutlich geringer als im urbanen Gebiet ist. Die Verweildauern waren sowohl im stationären als auch im intensivmedizinischen Bereich in Bayern und Deutschland identisch. Demgegenüber war die Bettenauslastung im stationären Bereich in Bayern geringer als in Deutschland, in der Intensivmedizin war sie jedoch leicht höher als im bundesdeutschen Mittel. Betrachtet man die personellen Kapazitäten, standen in Bayern und Deutschland nahezu gleich viele Vollzeit-Pflegekräfte je Krankenhausbett zur Verfügung. Konzerninterne Personalgesellschaften sowie Zeitarbeit bei Pflegepersonal bzw. Honorartätigkeiten bei Ärzt:innen hatten in Bayern eine etwas höhere Bedeutung als in Deutschland in seiner Gesamtheit. Diese Beschäftigungsformen betrafen insgesamt aber weniger als 5 % der Mitarbeitenden. Ferner ist der Anteil des Pflegepersonals am gesamten Personal im stationären Sektor in Bayern minimal geringer als im deutschen Durchschnitt. Insgesamt zeigte sich jedoch in den letzten Jahren ein sich verschärfender Personalmangel in der Intensivpflege, welcher dazu beiträgt, dass die intensivmedizinischen Betten nicht vollständig betrieben, diese Kapazitäten also nicht ausgeschöpft werden können. So müssten, um die Vorgaben der PpUGV einhalten zu können, derzeit insgesamt ca. 50.800 Vollzeitpflegekräfte arbeiten, was fast einer Verdopplung der momentanen Anzahl an Vollzeitpflegekräften in der Intensivpflege in Deutschland entspricht. Um den Empfehlungen der DIVI zu entsprechen wären sogar rund 78.200 Pflegepersonen in Vollzeit notwendig, was einer Verdreifachung des momentanen Personalbestandes entspricht (vgl. Simon 2022).

Im **internationalen Vergleich** lagen Deutschland und Bayern in Bezug auf die strukturellen Vergleichsindikatoren sowohl im stationären als auch im intensivmedizinischen Bereich deutlich über dem OECD-Durchschnitt. Bei den beiden exemplarisch gewählten Qualitätsindikatoren Dreißig-Tage-Mortalitätsraten nach Krankenhauseinweisung bei Herzinfarkt sowie Schlaganfall zeigte sich ein ambivalentes Bild für Deutschland: So lag in Deutschland die Mortalitätsrate bei Herzinfarkten unter dem OECD-Mittel, bei Schlaganfällen hingegen darüber. Die Personaldecke vor der Manifestierung der

COVID-19-Pandemie war in Deutschland besser als in den meisten anderen OECD-Staaten. Dies ist insbesondere für die Anzahl der im stationären Bereich tätigen Pflegekräfte je 100.000 Einwohner:innen zutreffend, welche in Deutschland um rund 4 % höher war als im Durchschnitt der 32 betrachteten OECD-Staaten. Die Anzahl der stationär tätigen Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen in Deutschland entsprach exakt dem Mittel der OECD32-Länder. Bei der Interpretation der Daten aus dem internationalen Vergleich ist jedoch zu beachten, dass teilweise unterschiedliche Betrachtungszeiträume ebenso wie heterogene Definitionen von Vergleichskriterien zum Einsatz kommen, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

## TEIL II:

# Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren

Im zweiten Teil des vorliegenden Gutachtens werden – nach der *Kurzzusammenfassung* wesentlicher Inhalte auf der nachfolgenden Seite – in *Kapitel (7)* zunächst die zentralen Ziele und Fragestellungen des systematischen Literaturreviews und des Snowballing-Verfahrens reflektiert. *Kapitel (8)* gibt eine Übersicht über das methodische Vorgehen – insbesondere im Hinblick auf die Datenbankauswahl, formale Recherchestrategie und Suchanfrage, die Selektionskriterien zum Ein- und Ausschluss von Literatur und den mehrstufigen Auswahlprozess. Bei der Präsentation der Ergebnisse in *Kapitel (9)* erfolgt zunächst eine Übersicht über den Ablauf und das Resultat der Studiensichtung in einem PRISMA Flowchart sowie über die eingeschlossenen Studien – auch in einer ausführlichen tabellarischen Darstellung – bevor die Resultate zu den möglichen Gründen für die Austrittsabsicht von Pflegekräften – gegliedert nach allgemeinen und mit der COVID-19-Pandemie assoziierten Ursachen – dargelegt werden. Anschließend werden zum einen Wege zur Bindung von Pflegekräften an ihren Beruf thematisiert. Zum anderen stehen Möglichkeiten zur Gewinnung von Pflegenden im Fokus der Betrachtung. Schließlich wird das methodische Vorgehen in *Kapitel (10)* – insbesondere im Hinblick auf mit der Suchstrategie verbundene Limitationen – diskutiert bevor der vorliegende Teil des Gutachten mit einem Fazit (*Kapitel 11*) schließt.





## Kurzzusammenfassung

Der vorliegende systematische Literaturreview wird mit einem Snowballing-Verfahren kombiniert. Das Vorgehen zielt darauf ab, einerseits den aktuellen Forschungsstand zu bestehenden Gründen für die Fluktuation von intensivmedizinischen Pflegekräften und andererseits zu Lösungsoptionen bzw. Anreizsystemen zur Absicherung der personellen (Pflege-)Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern darzustellen.

Die Recherche zur Identifizierung der Kernpublikationen erfolgte in PubMed und wurde ergänzt durch ein rückwärtsgerichtetes Snowballing-Verfahren für den Zeitraum von 2017 - 2022 sowie eine darüberhinausgehende informelle Recherche. Es konnten somit insgesamt n = 90 Publikationen inkludiert werden.

Die Ergebnisse zeigen heterogene Gründe für die Fluktuation auf. In einer Vielzahl an Studien werden psychische Erkrankungen und Belastungen wie Burnout mit dem Ausstiegsgrund assoziiert. Ursächlich dafür sind mitunter die hohe Arbeitsbelastung und mangelnde Wertschätzung, die teilweise auch durch die vorherrschenden Arbeitsbedingungen resultieren. Die COVID-19-Pandemie hat zur Verschärfung vieler zur Fluktuation führender Faktoren beigetragen.

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit und wertschätzende Kommunikation stellen eine Strategie zur Mitarbeiter:innenbindung dar, um ein gutes Arbeitsklima und eine höhere Mitarbeiter:innenzufriedenheit zu erreichen.

Für die Gewinnung von neuem Pflegepersonal belegen die Publikationen, dass dringend mehr Flexibilität in den Arbeitszeitmodellen geschaffen werden soll und der Fokus der potenziellen Bewerber:innen auf Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, einer besseren Work-Life-Balance und einem zielgruppenspezifischen betrieblichen Gesundheitsmanagement liegt.

## 7 Zielsetzung

Der vorliegende Review zielt darauf ab, zum einen den aktuellen Forschungsstand zu bestehenden Gründen für die Fluktuation von (intensivmedizinischen) Pflegekräften abzubilden. Zum anderen sollen Lösungsansätze bzw. Anreizsysteme zur Absicherung der personellen (Pflege-)Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung identifiziert werden. Es können drei zentrale Fragestellungen abgeleitet werden, die mithilfe der Literaturübersicht beantwortet werden sollen:

1. Welche Gründe für die Fluktuation intensivmedizinischer Pflegekräfte sind bekannt?
2. Welche Maßnahmen oder Anreizsysteme zur Sicherung der personellen Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung existieren bereits?
3. Welche Maßnahmen oder Anreizsysteme existieren, um angehende intensivmedizinische Pflegekräfte gewinnen zu können?

Die entsprechende Suchstrategie ist hybrid angelegt: Neben einem auf der Datenbankrecherche basierenden systematischen Literaturreview auch das sogenannte Snowballing-Verfahren zum Einsatz.

Die Ergebnisse tragen zum einen dazu bei, die Problemsituation zu beschreiben. Zum anderen dienen sie der Identifikation von Lösungsmöglichkeiten, um auf die aktuelle Situation reagieren zu können. Die Resultate sind neben den Ergebnissen von *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung* und *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews* zentrales Element, um Handlungsoptionen für die Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern ableiten zu können.

## 8 Methodisches Vorgehen

Zur Identifikation von potenziell bedeutsamen Publikationen wird zunächst eine formale Recherche in der Datenbank Medline über die Rechercheoberfläche PubMed und ergänzend eine informelle Recherche sowie ein auf der formalen Suche aufbauendes Snowballing-Verfahren durchgeführt (8.1). Zur systematischen Auswahl von Studien bzw. Literatur in einem formalisierten Screeningprozess dienen vorab definierte Selektionskriterien (8.2).

### 8.1 Recherche: Suchquellen, -strategie und -ablauf

Bei der Suchstrategie wurde sich für die Durchführung einer Recherche in PubMed entschieden, um die kernrelevanten Publikationen von 2012 bis 2022 zu identifizieren. Ergänzend wurde ein rückwärtsgerichtetes Snowballing-Verfahren angewandt. Dabei sollte durch die Sichtung der Referenzlisten der bereits durch die PubMed-Recherche als relevant erachteten Studien sichergestellt werden, dass weitere Veröffentlichungen, die mit dem gewählten Suchterminus bei der systematischen Recherche in der ausgewählten Literaturlatenbank nicht ermittelt wurden, nicht unbeachtet bleiben. Aus forschungspragmatischen Gründen war eine Priorisierung zwischen dem vorwärts- und rückwärtsgerichteten Snowballing-Verfahren notwendig. Zum einen wurde auf das vorwärtsgerichtete Snowballing-Verfahren verzichtet, da sich das rückwärtsgerichtete Snowballing-Verfahren als zielgenauer im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellungen offenbarte. Zum anderen konnte festgestellt werden, dass wenige, durch die PubMed-Recherche identifizierte Studien im vorwärtsgerichteten Snowballing-Verfahren sehr häufig zitiert wurden: So wurden vier Studien in weiteren 777 Studien zitiert. Aus diesem Sachverhalt resultierte die Annahme, dass das vorwärtsgerichtete Verfahren eine Vielzahl an nicht passgenauen Treffern beinhaltet.

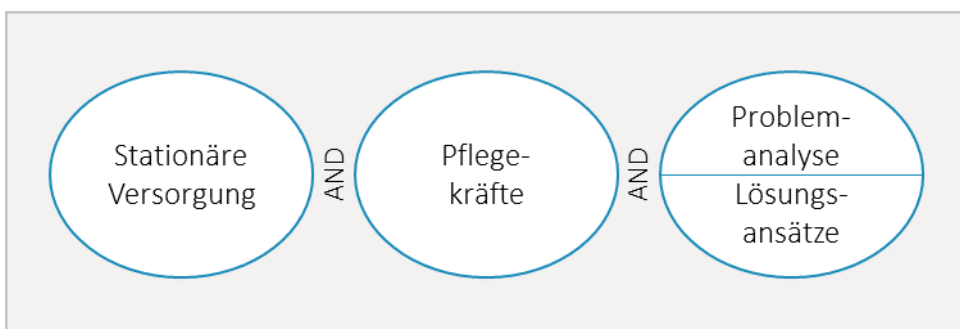
Ergänzend wurde eine informelle Recherche durchgeführt, um insbesondere relevante graue Literatur inkludieren zu können.

Zur Erfassung des aktuellen Forschungsstands erfolgte die Suche nach sensitivem Rechercheprinzip auf deutscher und englischer Sprache. Eine präzise Formulierung der Schlagworte in beiden Sprachen stellte sich als Herausforderung dar, da sich eine wörtliche Übersetzung häufig als unzureichend darstellte. Um die Kernkonzepte sowohl auf Englisch als auch Deutsch treffend abzubilden, war eine sinngemäße Übersetzung notwendig, die durch die Vorabrecherche ermöglicht wurde. Bei der Festlegung von Suchbegriffen wurde darauf geachtet, eine Vielzahl verschiedener sinnverwandter Begriffe zu wählen, um eine umfassende Zahl relevanter Treffer zu erzielen. Da ebendiese in englischer Sprache in den

Datenbanken vorhanden waren, umfasst die dargestellte Evidenz ausschließlich englischsprachige Literatur.

Die sich durch die PubMed-Recherche ergebenden Kernpublikationen wurden in einem ersten Schritt im Rahmen einer Volltextauswertung analysiert. Darauf aufbauend erfolgte das Snowballing-Verfahren. Aus forschungspragmatischen Gründen und aufgrund der Vielzahl an Studien wurde sich für die Auswertung der Abstracts in Form einer tabellarischen Übersicht entschieden (siehe *Anhang 1: Übersicht über die eingeschlossene Literatur*). Die Kernaussagen der Gesamtrecherche sind *Kapitel 9 Ergebnisse* zu entnehmen.

Bei der Erarbeitung des Suchterminus wurden zunächst auf Basis der zentralen Fragestellungen drei Suchkomponenten identifiziert (siehe *Kapitel 7*). Diese wurden durch weitere, zum Teil trunkierte, Suchbegriffe ergänzt und mit Booleschen Operatoren zu einem vollständigen Suchterminus verbunden.



**Abb. 21** Suchkomponenten der systematischen Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem nachstehenden Terminus wurde am 13. August 2022 die systematische Literaturrecherche in PubMed durchgeführt. Dabei wurde sich auf eine Suche in Titel und Abstracts beschränkt.

*(inpatient OR hospital OR intensive care unit) AND (nurs\* OR workforce) AND (fluctuat\* OR recruit\* OR retent\* OR job satisfaction OR foreign nurs\* OR interprofessional education OR skills shortage)*

## 8.2 Auswahl: Selektionskriterien und Screeningprozess

Für die Auswahl der Studien wurden im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Diese basieren zum einen auf formalen Aspekten. Zum anderen wurden inhaltliche Kriterien, die sich aus den zentralen Fragestellungen ergaben, abgeleitet. Die nachstehende *Tab. 7* gibt eine Übersicht über alle Ein- und Ausschlusskriterien, die der Selektion relevanter Studien zugrunde lagen.

**Tab. 7** Ein- und Ausschlusskriterien zur systematischen Auswahl von Publikationen

Quelle: Eigene Darstellung

Kriterium	Einschluss	Ausschluss
<b>Jahr</b>	2017-2022	Vor 2017
<b>Sprache</b>	Deutsch, Englisch	Andere Sprachen
<b>Länder</b>	Europa, USA, Kanada, Australien	Andere Länder
<b>Verfügbarkeit</b>	Frei verfügbare Volltexte	Keine frei verfügbaren Volltexte
<b>Studiendesign</b>	Reviews, Systematic Reviews, RCTs und Interviews, Fallstudien	Bücher, Buchkapitel, Kommentare, Dissertationen, Poster, Vorworte, Vorträge
<b>Sektor</b>	Stationäre (intensivmedizinische) Pflege	Ambulante (intensivmedizinische) Pflege
<b>Inhaltliche Auswahlkriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien, die auf die Untersuchung der Intensivpflege oder IMC abzielen oder auf die Intensivpflege übertragen werden können</li> <li>- Gründe für die Fluktuation oder die Kündigung, frühzeitiges Ausscheiden aus dem pflegerischen Beruf</li> <li>- Anreize/Maßnahmen zur Bindung des Pflegepersonals</li> <li>- Anreize/Maßnahmen zur Gewinnung von Personal im Krankenhaus – speziell Pflegekräfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien, die nicht auf die Untersuchung der Intensivpflege oder IMC abzielen oder nicht auf die Intensivpflege übertragen werden können</li> <li>- Ausscheiden aus anderen Berufsgruppen die nicht vergleichbar sind</li> <li>- Bindung von anderen Berufsgruppen außerhalb der Klinik</li> <li>- Andere Berufsgruppen die sich nicht auf das Krankenhaus übertragen lassen in Bezug auf die Gewinnung</li> </ul>
<b>Population</b>	Pflegepersonal, Ärzt:innen im Krankenhaus	Verwaltungsangestellte im Krankenhaus, Physiotherapeut:innen

Der Zugang zu ausgewählten Artikeln und Quellen erfolgte mittels der Literaturkataloge der Universität Bayreuth und der bayerischen Staatsbibliothek München. Durch die Organisation der relevanten Publikationen in einem Literaturverwaltungsprogramm konnten die Suchergebnisse der jeweiligen Datenbanken zusammengeführt und Duplikate entfernt werden. Die Studiendurchsicht erfolgte durch zwei Wissenschaftlerinnen in einem dreistufigen Verfahren. (1) In einem ersten Schritt wurden aus forschungspragmatischen Gründen die Titel der Studien durchgesehen und bereits nach bedeutsamen Studien selektiert. (2) Im Anschluss daran wurden die Abstracts der als wichtig erachteten Titel im Hinblick auf die Relevanz geprüft. (3) Im dritten Schritt erfolgte die Durchsicht der Volltexte. In allen drei Stufen kam ein Konsensverfahren bei Unsicherheiten zum Tragen, in dem unsichere Treffer zwischen den Wissenschaftlerinnen diskutiert wurden.

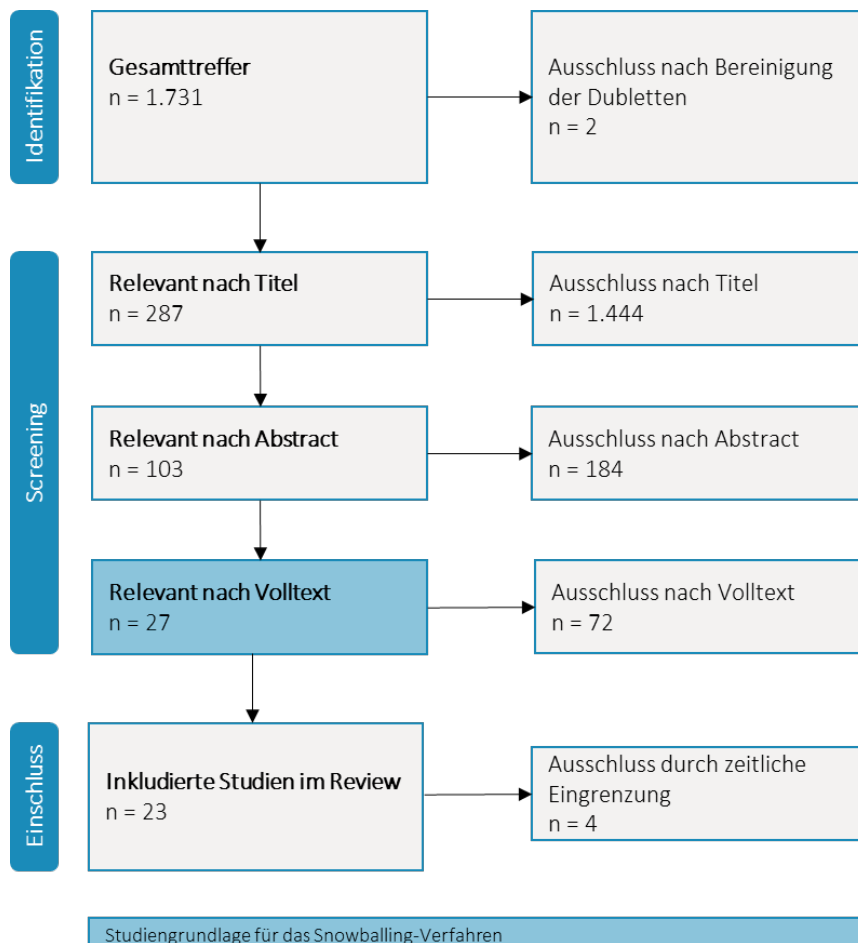
Das Screening der Referenzlisten im Rahmen des rückwärtsgerichteten Snowballingverfahrens erfolgte durch eine Wissenschaftlerin, die Abstracts wurden von vier Wissenschaftler:innen begutachtet. Auch dabei kam bei Unsicherheiten ein Konsensverfahren zum Tragen.

## 9 Ergebnisse

Nachstehend werden die Ergebnisse des Literaturreviews präsentiert. Nach einer Übersicht über alle als relevant identifizierten Veröffentlichungen (9.1) fokussiert Kapitel 9.2 auf Erkenntnisse zur Fluktuation von Pflegekräften. Anschließend werden zum einen Optionen zur Bindung (9.3) und Möglichkeiten zur Gewinnung von Pflegekräften (9.4) beschrieben.

### 9.1 Gesamtübersicht über die relevanten Studien

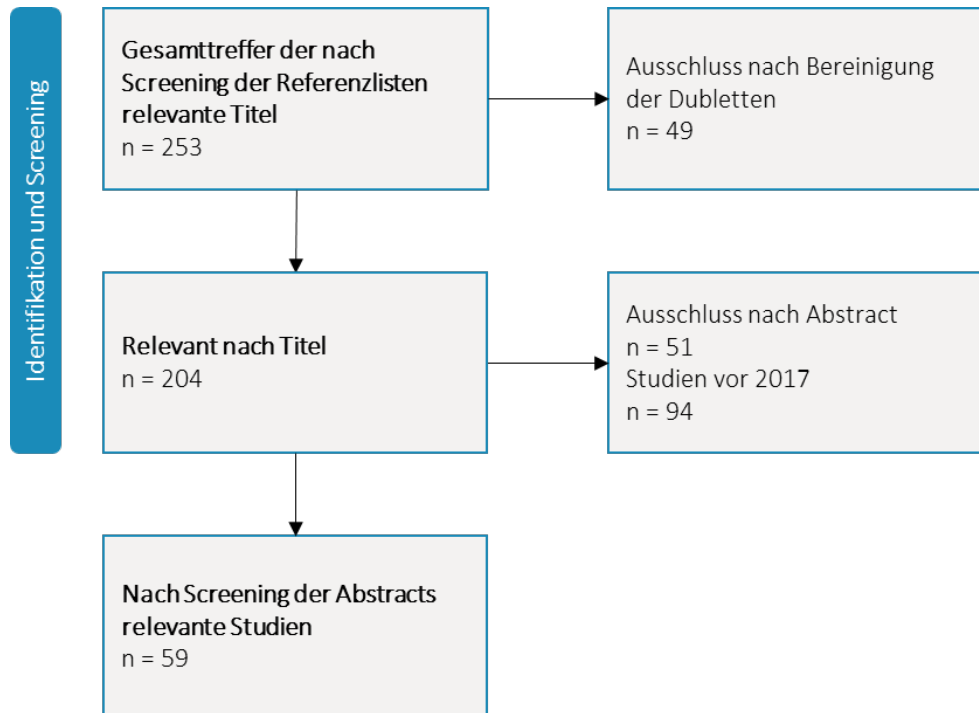
Die Suche ergab 1.731 Treffer in PubMed. Nach Bereinigung der Dubletten verblieben 1.729 Treffer zur Durchsicht. Es wurde sich während des Screeningprozesses für eine weitere (zeitliche) Einschränkung der Studien entschieden, sodass letztlich Studien von 2017 bis 2022 inkludiert wurden. Die nachstehende *Abb. 22* stellt den Ablauf der Studiensichtung in einem PRISMA Flowchart dar.



**Abb. 22** PRISMA-Chart zum Screeningprozesse für die durch die PubMed-Recherche identifizierten Studien

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Page et al. 2021

Im Rahmen des Schneeballverfahrens konnten auf Grundlage der  $n = 27$  relevanten Studien aus 2012 - 2022 insgesamt weitere  $n = 253$  relevante Titel identifiziert werden. Daraus ergaben sich weitere  $n = 59$  Studien, die in die Analysen inkludiert wurden. *Abb. 23* illustriert den Screeningprozess des rückwärtsgerichteten Schneeballverfahrens in seiner Gesamtheit.



**Abb. 23** Übersicht zum Screeningprozesses im Rahmen des Snowballing-Verfahrens

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Page et al. 2021

Eine Gesamtübersicht aller  $n = 90$  eingeschlossenen Studien zeigt *Tab. 8*. Neben den zentralen Informationen jeder Studie kann dieser auch die inhaltlichen Kriterien, die im Rahmen der jeweiligen Studie untersucht werden, entnommen werden. Es zeigt sich, dass sich ein Großteil der Studien mit der Arbeitsbelastung und daraus resultierenden psychischen Erkrankungen, wie Burnout, Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung, auseinandersetzt. Ebendiese Krankheiten können wiederum zu einer erhöhten Fluktuation führen. Daher befassen sich einige Publikationen mit mehreren Kategorien, wie Arbeitsbelastung/-bedingungen und psychischer Gesundheit. Die jüngsten Forschungsarbeiten beziehen zudem die COVID-19-Pandemie mit ein. In der unten angeführten Gesamtübersicht wird sichtbar, dass die zur COVID-19-Pandemie in Bezug stehenden Studien auch die Arbeitsbedingungen und Gesundheit der Pflegekräfte berücksichtigen.

**Tab. 8** Gesamtübersicht über die inkludierten Studien

Quelle: Eigene Darstellung

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
1	Anderson et al. 2021	Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing: A national survey of emergency department staff	Neuseeland	X	X	X	X			
2	Ansmann et al. 2021	Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of cologne	Deutschland	X	X					
3	Auffenberg et al. 2022	„Ich pflege wieder, wenn ...“	Deutschland	X	X	X	X	X	X	X
4	Aviles Gonzalez et al. 2019	Caring efficacy: nurses' perceptions and relationships with work-related factors	Italien			X	X		X	
5	Baskin und Bartlett 2021	Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review	USA	X		X			X	X
6	Blanco-Donoso et al. 2017	Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses	Spanien	X						
7	Bozdağ und Ergün 2021	Psychological Resilience Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic	USA und Türkei			X				X
8	Brofidi et al. 2018	Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study	Griechenland		X		X		X	



#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
9	Bruyneel et al. 2021	Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium	Belgien			X				X
10	Carmassi et al. 2022	The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence	Italien		X	X				X
11	Cheval et al. 2019	Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: international prospective cohort study of novice healthcare professionals	Verschiedene Länder (z.B. Australien, Österreich, Botswana, Kanada, Dänemark, Frankreich, Haiti, Irland, Kenia, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten)		X		X	X		
12	Cho et al. 2021	Hospital Nursing Staff Perceptions of Resources Provided by Their Organizations During the COVID-19 Pandemic	USA	X	X	X	X		X	X
13	Christian et al. 2019	0630 Sleep Health of Nursing Staff in an Academic Medical Center: Results of a Survey Study	Keine Angabe, USA?			X				
14	Christianson et al. 2022	Impact of COVID-19 on Intensive Care Unit Nurse Duty of Care and Professional Roles: A Qualitative Content Analysis	USA	X	X	X		X	X	X
15	Christodoulou-Fella et al. 2017	Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services	Zypern	X	X					

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
16	Corlade-Andrei et al. 2022	Burnout Syndrome among Staff at an Emergency Department during the COVID-19 Pandemic	Rumänien			X				X
17	Coşkun Şimşek und Günay 2021	Experiences of nurses who have children when caring for COVID-19 patients	Türkei			X				X
18	Costea et al. 2021	"Burnout Syndrome in the Emergency Department of the Central Military Emergency Hospital before and during the COVID-19 pandemic"	Rumänien			X				X
19	Dall'Ora et al. 2019	Are long nursing shifts on hospital wards associated with sick-ness absence? A lon-gitudinal retrospective observational study	England	X		X	X		X	
20	Davey et al. 2020	The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting	England			X	X	X		
21	d'Ettorre et al. 2021	Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review	USA, Mexiko, Indien, Singapur, Indonesien, Malaysia, Vietnam, China, Japan, Italien, Spanien, Frankreich, Polen	X	X	X			X	X
22	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Berufsverband e. V. 2019	Ergebnisse einer Online-Umfrage zum "Dienstplan"	Deutschland		X			X		
23	Dimitriu et al. 2020	Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic	Rumänien	X		X		X		X

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
24	Dixon et al. 2022	A multidisciplinary, cross-sectional survey of burnout and wellbeing in emergency department staff during COVID-19	Australien			X	X			X
25	Duffield et al. 2020	Harnessing ward-level administrative data and expert knowledge to improve staffing decisions: A multi-method case study	Australien	X	X			X	X	
26	Eriksson et al. 2021	Job demands and functional resources moderating assistant and Registered Nurses' intention to leave	Schweden		X		X	X		
27	Eriksson et al. 2022	A Case Study of Critical Reasons Behind Hospital Nurses Turnover Due to Challenges Across	Schweden	X	X		X	X	X	
28	Fagerström et al. 2018	Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from	Finnland	X	X			X	X	
29	Fleuren et al. 2021	We're Not Gonna Fall: Depressive Complaints, Personal Resilience, Team Social Climate, and Worries about Infections among Hospital Workers during a Pandemic	Niederlande		X	X	X			X
30	Foli et al. 2021	Voices from the COVID-19 frontline: Nurses' trauma and coping	USA, Kanada		X	X			X	X
31	Galletta et al. 2019	The role of collective affective commitment in the relationship between work-family conflict and emotional exhaustion among nurses: a multilevel modeling approach	Italien		X	X		X		
32	Gausvik et al. 2015	Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves	USA	X	X		X		X	

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
33	Gifford et al. 2022	There and back again. Examining the development of employee commitment during a prolonged crisis	Niederlande			X				X
34	Gillet et al. 2020	The effects of job demands on nurses' burnout and presenteeism through sleep quality and relaxation	Frankreich	X		X	X		X	
35	Griffiths et al. 2020	Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion	Nicht zutreffend		X					
36	Griffiths et al. 2021	Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study	England		X				X	
37	Guttormson et al. 2022	Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey	USA	X		X				X
38	Hackmann et al. 2018	Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege - Probleme und Herausforderungen	Deutschland	X	X	X	X	X		
39	Halter et al. 2017	The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews	Weltweit	X				X		
40	Hämmig 2018	Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland	Schweiz	X	X	X				
41	Jo et al. 2021	Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view	Japan, Korea, Türkei, USA			X		X	X	X

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
42	Karagiannidis et al. 2020	Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft	Deutschland	X	X			X	X	
43	Koch et al. 2020	How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians	Deutschland	X			X	X	X	
44	Lasater et al. 2021	Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study	USA (New York, Illinois)	X	X	X	X	X		X
45	Lee et al. 2020	Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave	Kanada	X		X	X	X		
46	Lögde et al. 2018	I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job	Schweden	X		X	X	X		
47	Luo et al. 2020	The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis	Weltweit			X				X
48	MacPhee et al. 2017	The Impact of Heavy Perceived Nurse Work-loads on Patient and Nurse Outcomes	British Columbia, Kanada	X	X	X				
49	Malliarou et al. 2021	ICU Nurse's Moral Distress as an Occupational Hazard Threatening Professional Quality of Life in the Time of Pandemic COVID 19	Griechenland			X		X		X
50	McAndrew et al. 2018	Moral distress in critical care nursing: The state of the science	USA, Türkei, Spanien, Schweiz, England	X	X					
51	Mealer et al. 2016	The Connor-Davidson Resilience Scale in Critical Care Nurses: A Psychometric Analysis	USA		X	X			X	

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
52	Mediavilla et al. 2021	Role of access to personal protective equipment, treatment prioritization decisions, and changes in job functions on health workers' mental health outcomes during the initial outbreak of the COVID-19 pandemic	Spanien	X	X	X				X
53	Mihalache und Mihalache 2022	How workplace support for the COVID-19 pandemic and personality traits affect changes in employees' affective commitment to the organization and job-related well-being	England (UK)	X		X				X
54	Mihaljevic et al. 2018	Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward	Deutschland				X		X	
55	Missouridou et al. 2021	Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece	Griechenland		X	X				X
56	Moloney et al. 2018	Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework	Neuseeland	X	X	X				
57	Nielsen und Dieperink 2020	Cultural Perspectives and Nurses Reactions on the Corona Pandemic: A Critical View From Denmark	Dänemark		X	X				X
58	Nowell et al. 2021	A grounded theory of clinical nurses' process of coping during COVID-19	Kanada	X		X				X
59	Ooms et al. 2022	Enhancing the well-being of front-line healthcare professionals in high pressure clinical environments: A mixed-methods evaluative research project	England		X		X		X	

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
60	Ose et al. 2019	One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences	Norwegen		x		X		X	
61	Pappa et al. 2021	From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross Sectional Study	Griechenland	X	X	X				X
62	Petrișor et al. 2021	Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic	Rumänien			X				X
63	Petzold et al. 2020	Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie	Deutschland	X	X	X	X		X	X
64	Raspe et al. 2020	Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern	Deutschland	X	X	X				
65	Romppanen und Häggman-Laitila 2017	Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review	Weltweit			X		X	X	
66	Rossi et al. 2020	Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy	Italien	X	X	X				X
67	Sagherian et al. 2017	Acute fatigue predicts sickness absence in the workplace: A 1-year retrospective cohort study in paediatric nurses	USA	X		X				

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
68	Sagherian et al. 2020	Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States	USA	X	X	X				X
69	Sahebi et al. 2021	The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses	Weltweit, u.a. aus Großbritannien, China, Indien			X				X
70	Sasso et al. 2019	Push and pull factors of nurses' intention to leave	Italien	X		X				
71	Schwarzkopf et al. 2017	Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians	Deutschland			X	X	X		
72	Shechter et al. 2020	Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic, General Hospital Psychiatry	USA			X				X
73	Sillero und Zabalegui 2018	Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses	Spanien	X	X	X				X
74	Sillero-Sillero und Zabalegui 2020	Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work	Spanien	X	X	X	X	X	X	
75	Simonetti et al. 2021	Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study	Italien	X		X				X
76	Sio et al. 2020	Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review	USA, Norwegen, Frankreich, Australien, Kanada, Südafrika, Iran, Taiwan, Deutschland,			X				X



#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
			Finnland, Großbritannien, Rumänien							
77	Slatyer et al. 2018	Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial	Australien			X				
78	Soto-Rubio et al. 2020	Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic	Spanien			X	X			X
79	Srikesavan et al. 2022	Resilience Enhancement Online Training for Nurses (REsOLuTioN): Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial	England			X	X		X	
80	Stehman et al. 2019	Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I	USA	X		X		X		
81	Sullivan et al. 2022	Comparison of Nurse Burnout, Before and During the COVID-19 Pandemic	Weltweit, u.a. Europa, Asien, Nord- und Südamerika	X	X	X				X
82	Thrysoee et al. 2022	Hospital nurses' experiences of and perspectives on the impact COVID-19 had on their professional and everyday life—A qualitative interview study	Dänemark	X		X				X
83	Trumello et al. 2020	Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals	Italien			X				X
84	Ungard et al. 2019	The Impact of Shift Length on Mood and Fatigue in Pediatric Registered Nurses	USA	X		X				

#	Autor, Jahr	Titel	Ort	Inhalt der Studie						
				A	B	C	D	E	F	G
A: Arbeitsplatzbelastungen; B: Arbeitsplatzbedingungen; C: (Psychische) Gesundheit; D: Zufriedenheit; E: Fluktuation; F: Lösungen; G: Bezug zu Covid-19										
85	van Bogaert et al. 2014	Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors	Belgien	X	X	X				
86	Walmsley et al. 2018	Experiential interprofessional education for medical students at a regional medical	Kanada				X		X	
87	Watters et al. 2015	Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study	England	X	X		X			
88	Wei et al. 2018	The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review	USA	X	X	X	X			
89	Zaheer et al. 2019	Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing	Kanada					X	X	
90	Zhang et al. 2020	Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses	Japan und China Studien global eingeschlossen (Europa, Australien, USA, Kanada, Asien)	X		X			X	

## 9.2 Fluktuation von (intensivmedizinischen) Pflegekräften

Im Folgenden werden die in der Literatur identifizierten Gründe für die Fluktuation von (intensivmedizinischen) Pflegekräften angeführt. Während in *Kapitel 9.2.1* grundlegende, von der COVID-19-Pandemie unabhängige Studien für die Austrittsabsicht des Pflegepersonals aufgenommen werden, thematisiert *Kapitel 9.2.2* dezidiert die pandemiespezifischen Ursachen.

### 9.2.1 Generelle Gründe für die Fluktuation von Pflegekräften

Insgesamt widmen sich 13 Studien explizit der Untersuchung der Fluktuation von Pflegekräften und damit zusammenhängenden Faktoren. Der Pflegekräftemangel und die Personalfluktuations wurden in vielen Ländern u. a. in Europa und Nordamerika als eine der größten Bedrohungen sowohl für die Gesundheit der Mitarbeiter:innen als auch für die Patient:innensicherheit im Gesundheitswesen erkannt (vgl. Eriksson et al. 2022; Koch et al. 2020).

In einer Sekundärdatenanalyse mit  $n = 53.339$  Pflegekräfte aus 111 Krankenhäuser in Deutschland stellte sich heraus, dass **37 %** der Krankenpfleger:innen beabsichtigen, ihre jetzige Tätigkeit in den **nächsten fünf Jahren zu verlassen**. Darüber hinaus möchten knapp **50 % komplett aus dem Beruf aussteigen**. Ebenso wurde festgestellt, dass in der Altersgruppe zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr besonders viele Pflegekräfte den Beruf verlassen möchten. Bei der Betrachtung über eine Zeitspanne von 15 Jahren zeichnet sich ein rapider Rückgang an Pflegekräften ab: So wechselten im Jahre **1999/2000 nur 17 %, zehn Jahre später hingegen bereits 35 % und somit anteilig doppelt so viele Pflegekräfte den Beruf**. Im Jahr **2015 waren es bereits 40 %** der Pflegekräfte, welche den Arbeitsplatz verließen (Karagiannidis et al. 2020).

Ähnliche Daten liefert auch die Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, gemäß der **40,4 %** der insgesamt  $n = 2.373$  befragten Pflegekräfte mehrmals im Jahr erwägen, **den bzw. die Arbeitgeber:in zu verlassen**. **35,2 % der Studienteilnehmenden zogen es in Erwägung, den Pflegeberuf gänzlich aufzugeben** und einer anderen Tätigkeit nachzugehen. **27,1 %** der befragten Personen gaben an, mehrmals im Jahr daran gedacht zu haben, in einen anderen Arbeitsbereich (z.B. Station, Abteilung) innerhalb ihrer Einrichtung zu wechseln (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Berufsverband e. V. 2019).

Laut Koch et al. zählt die Pflege zu den ausbildungsstärksten Berufen in Deutschland, jedoch denken **20 – 30 % der Auszubildenden** in der Pflege noch während der Ausbildung darüber nach, **nicht länger als fünf Jahre im Beruf zu bleiben**. Daneben wird in dieser Querschnittsstudie mit  $n = 1060$  Teilnehmer eine Fluktuationsrate von **20 – 27 %** angegeben, was sich mit den Daten im internationalen Kontext deckt (vgl.

Koch et al. 2020; Wei et al. 2018; Sillero-Sillero und Zabalegui 2020). Sasso et al. 2019 konstatieren, dass 35,5 % der untersuchten Pflegekräfte in Italien beabsichtigen, den Arbeitsplatz innerhalb des nächsten Jahres zu verlassen und 11,7 % vorhaben, den Beruf gänzlich aufzugeben. Hämmig 2018 kommt zu dem Ergebnis, dass jeder sechste Angestellte häufig daran denkt, den Beruf zu verlassen. Dabei wird eine Studienpopulation von n = 1.840 Angestellten aus sechs öffentlichen Spitälern und Rehabilitationskliniken in der Schweiz untersucht. Da sich in den bisher aufgeführten Studien zeigt, dass die Anzahl der Pflegekräfte mit Kündigungs- bzw. Austrittsabsichten hoch ist, gilt es, die für die Fluktuation verantwortlichen Gründe und Prädiktoren aufzuzeigen. Dies erfolgt im nächsten Teil des Kapitels.

In der Literatur werden **heterogene Gründe für die Fluktuation** genannt, welche sich gegenseitig bedingen. Am häufigsten werden **psychische Erkrankungen wie Burnout, Depressionen, Stress, emotionale und mentale Belastungen bzw. Erschöpfung** sowie die **hohe Arbeitsdichte und die Arbeitsbelastung** als primäre Determinanten oder sekundäre Gründe in Zusammenhang mit der Fluktuation von Pflegekräften beschrieben (vgl. Halter et al. 2017; Hämmig 2018; Lee et al. 2020; Moloney et al. 2018; Sasso et al. 2019; Schwarzkopf et al. 2017; Zaheer et al. 2019)

Neben den aufgezeigten gesundheitlichen Belastungen werden die **hohe Arbeitsbelastung und die herausfordernden Arbeitsbedingungen von Pflegekräften** – auch in Zusammenhang mit den bzw. als Prädiktor für die genannten psychischen, mentalen und emotionalen Belastungen – sowie **mangelnde Wertschätzung** in den Studien als Ursachen für die Abwanderungsabsicht aufgeführt. Zu den Problematiken der Arbeitsbedingungen bzw. -belastungen zählen: der Umgang mit sterbenden Patient:innen und deren trauernden Angehörigen, **wenig Zeit für die Tätigkeiten an Patient:innen, u. a durch die hohe Bürokratie und Patient:innendichte, Personalmangel, keine Möglichkeit eine Pause zu machen, fehlende soziale Unterstützung durch Arbeitskolleg:innen, Doppelbelastung durch Beruf und Familie, fehlende oder unzureichende Karrieremöglichkeiten, schlechte Führungsqualitäten von Vorgesetzten und mangelnde Wertschätzung**. Diese Faktoren führen zu Unzufriedenheit mit der Arbeit, was wiederum einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Angestellten hat (vgl. Hämmig 2018; Thrysoee et al. 2022; Koch et al. 2020; Gifford et al. 2022; van Bogaert et al. 2014; Guttormson et al. 2022; Malliarou et al. 2021; Ansmann et al. 2021; Lee et al. 2020; Lögde et al. 2018; Moloney et al. 2018; Christianson et al. 2022; Cho et al. 2021).

Koch et al. 2020 betonen, dass die wichtigsten Gründe für den Berufsausstieg in Deutschland die **schlechte Versorgungsqualität** und der **Zeitdruck** seien. Neben den genannten Aspekten kam die Forschungsgruppe um Koch auch zu dem Ergebnis, dass **jüngere Beschäftigte** eine **strukturelle Veränderung** möchten, um die **Arbeitskonzentration und Dokumentationsarbeit zu reduzieren**. Um ebendiese verbesserten Rahmenbedingungen umsetzen zu können, ist eine adäquate

**Personalausstattung** notwendig. Zudem verlassen Angestellte das Klinikum, wenn die Konkurrenz-Krankenhäuser bessere Konditionen – wie eine bessere Vergütung – aufweisen (vgl. Koch et al. 2020; Eriksson et al. 2022).

Eine weitere Fallstudie mit Mixed-Methods-Ansatz aus Schweden beleuchtet die Gründe der Fluktuation und deutet daraufhin, dass die Kündigungsentscheidung ein Prozess ist. Hervorzuheben ist, dass in dieser Studie die unterschiedlichen Ebenen im Gesundheitssystem (Mikro-, Meso- und Makroebene) berücksichtigt wurden. In ihren Ergebnissen werden drei Hauptthemen aufgeführt, die zur Fluktuation führen: **Fehlen oder Verlust von Pufferfaktoren, Missachtung der individuellen Freizeitbedürfnisse** und das Gefühl der **fehlenden Wertschätzung und Wahrnehmung vom oberen Management**. Aber auch politische Entscheidungen können die Kündigungen hervorrufen, z. B. eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Es wurde weiterhin konstatiert, dass einige Faktoren auf der **Mikro- und Mesebene** liegen und mit **Gesprächen und gegenseitiger Wertschätzung der Fluktuation entgegengewirkt** werden kann. Gerade Führungskräfte können demnach mit unterstützenden Faktoren im Arbeitsumfeld an zahlreichen Stellen entlastend wirken und somit dazu beitragen, Kündigungen zu vermeiden (Eriksson et al. 2022).

Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten von Malliarou et al. 2021 und van Bogaert et al. 2014 untermauern, wie wichtig es ist, **verschiedene Anliegen, Probleme und Ziele zwischen der obersten Führungsebene, den Ärzt:innen und dem Pflegemanagement** abzustimmen und ein unterstützendes Praxisumfeld zu schaffen, welches die Arbeitsbelastung ausgleicht und den Pflegekräften durch **Entscheidungsspielraum und Beachtung der zwischenmenschlichen Beziehungen** innerhalb der **Pflegeteams genügend Autonomie** bietet. Diese Bedingungen fördern das Arbeitsengagement und werden mit höherer Arbeitszufriedenheit, niedrigeren Fluktuationsraten sowie einer höheren Pflegequalität in Verbindung gebracht (vgl. van Bogaert et al. 2014).

**Unzufriedenheit** mit dem pflegerischen Alltag auf individueller Ebene wird häufig in Zusammenhang mit einer hohen Arbeitsbelastung und Stress gesehen und gilt als relevante Determinante für Fluktuation (vgl. Halter et al. 2017). Die Arbeitszufriedenheit wiederum hängt mit der Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen sowie mit der Arbeitsbelastung zusammen. Die Relevanz des **Arbeitsumfeldes** stellen ebenfalls Christodoulou-Fella et al. 2017 und Zhang et al. 2020 in ihren Forschungsarbeiten heraus. Demnach resultieren besonders **hohe moralische Belastungen** durch **Zusammenarbeit mit inkompetenten Kolleg:innen, Anwendungen unnötiger, umfangreicher oder ohne Zustimmung durchgeführter Interventionen, Verdacht auf Patient:innenmissbrauch** sowie Arbeit unter unsicheren Pflegepersonal-Patient:innen-Verhältnissen. Auch die **Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen** sowie die Intensität der Zusammenarbeit tragen zur moralischen Belastung in der Intensivpflege bei (vgl. McAndrew et al. 2018).

Zudem zeigen Eriksson et al. 2021, dass die **Anforderungen an den Arbeitsplatz** die Kündigungsabsichten voraussagen bzw. mit determinieren. In der von Lögde et al. 2018 durchgeführten Querschnittsstudie werden als Fluktuationsursachen **unmenschliche Arbeitsbedingungen** angeführt, die wiederum zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit führen. Eine zentrale Rolle wird auch der Pflegedienstleitung zugesprochen. So wird beispielsweise eine abweisende Haltung von ihr als Grund für den Berufsausstieg aufgeführt. Dies untermauern Sillero und Zabalegui 2018 mit ihrer Forschung zum Einfluss von organisatorischen Faktoren des Arbeitsumfelds von perioperativem Pflegepersonal auf die Burnout-Dimensionen. Sie berichteten, dass bei 43 % der Befragten eine emotionale Erschöpfung vorliegt und 53 % eine Verminderung der persönlichen Leistungen aufweisen.

Raspe et al. 2020 kommen zu dem Ergebnis, dass es bei Pflegekräften eine Assoziation zwischen **Belastungsfaktoren** und einem **reduzierten Gesundheitszustand, einem erhöhten Burnout-Risiko** und der **subjektiven Versorgungsqualität** gibt. Im Hinblick auf den individuellen Gesundheitszustand und das **Burnout-Risiko** gelten **Anerkennung, Karrieremobilität und Arbeitsplatzsicherheit** als protektive Faktoren, wohingegen **Wochenenddienste, Overcommitment und die Einnahme von Medikamenten** einen **negativen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand** und das Burnout-Risiko haben. Dies bestätigt auch die Publikation von Stehman et al. 2019. Dort wird ferner beschrieben, dass das Risiko für die Entwicklung einer **psychischen Erkrankung** zwar individuell ist, jedoch die Umweltfaktoren wie Arbeitsumstände deren Genese beschleunigen können. Ebenso wurde berichtet, dass der **Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch und die Suizidalität höher** ist als in der Allgemeinbevölkerung in den USA (vgl. Stehman et al. 2019).

Auch die **emotionale Erschöpfung** von Pflegekräften wird thematisiert. In diesem Kontext wird auf die Auswirkungen auf **Müdigkeit, Schlafqualität und Entspannung** eingegangen. Es zeigen sich für Pflegekräfte erhöhte Prävalenzen von Schlafmangel und Schlafstörungen, als im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung. Zudem ist die Schlafdauer geringer, sodass 27 % der Pflegekräfte angaben, Medikamente einzunehmen, um besser schlafen zu können. 13 % der Befragten Pflegekräften nahmen Medikamente ein, um wach zu bleiben. Bei 31 % der Studienteilnehmenden wurde eine **Schichtarbeitsstörung**, sowie **chronische Schlaflosigkeit** festgestellt (vgl. Christian et al. 2019). Sagherian et al. 2017 beschreiben den Einfluss von **akuter Müdigkeit** von Pflegekräften auf das Fernbleiben von der Arbeit und geben als Prädiktoren für das Fernbleiben von der Arbeit Erholung zwischen den Schichten, wahrgenommene Arbeitsbelastung, obstruktive Schlafapnoe und den Familienstand an. Laut Ungard et al. 2019 zeigt sich eine höhere Arbeitsintensität als Prädiktor für akute Müdigkeit.

**Psychosoziale Belastungen** werden von den Pflegenden in nahezu allen Studien (vgl. u.a. Koch et al. 2020; Auffenberg et al. 2022; Malliarou et al. 2021; Hämmig 2018; Sagherian et al. 2020) als belastend empfunden. Dadurch entwickelt sich eine Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation, die wiederum

einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Angestellten hat, da aus den genannten Herausforderungen physische und vor allem psychische Erkrankungen wie Burnout resultieren. Dieser Sachverhalt wird auch in den Forschungsarbeiten von Malliarou et al. 2021, Ansmann et al. 2021 und van Bogaert et al. 2014 beschrieben. Diese Studien zeigen auf, dass die **moralischen Belastungen zu physischen, psychischen, sozialen und beruflichen Problemen** führen und folglich **Pflegekräfte ihren Beruf aufgeben** (vgl. Malliarou et al. 2021; Ansmann et al. 2021).

Die **hohen Arbeitsbelastungen** gehen mit direkten Auswirkungen auf die Ergebnisse für Patient:innen und Pflegekräfte einher (vgl. MacPhee et al. 2017). Eine **Arbeitsbelastung pro Pflegekraft**, die über dem als optimal angenommenen Niveau liegt, erhöht auch die Wahrscheinlichkeit für einen Zwischenfall im Bereich der **Patient:innensicherheit und -sterblichkeit** (vgl. Fagerström et al. 2018). Auch die Publikation von Stehman et al. 2019 zeigt, dass ungünstige Arbeitsbedingungen (u.a. keine Pause, Personalmangel und zu viele Patienten zu betreuen) **negative Auswirkung** auf die **Qualität der Versorgung** haben. Für Pflegekräfte ergibt sich aus langen Schichten (12-Stunden-Schichten im Vergleich zu 8-Stunden-Schichten) bspw. ein erhöhtes Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten, sodass dazu geraten wird, **lange Schichten nicht standardmäßig** in Einrichtungen einzuführen (vgl. Dall'Ora et al. 2019). Hämmig 2018 stellt einen **positiven Zusammenhang zwischen zeitlicher, körperlicher, emotionaler und mentaler Arbeitsbelastung und beruflichem Stress sowie Burnout-Symptomen und der Austrittsabsicht** fest. Der **stärkste Prädiktor** für eine Burnout-Symptomatik ist ein **Ungleichgewicht zwischen Arbeits- und Privatleben**, für Ausstiegsgedanken gilt hingegen ein **Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Belohnung** als zentraler Prädiktor. Laut Moloney et al. 2018 beeinflusst ein Burnout die Austrittsabsicht durch ein geringeres Engagement am Arbeitsplatz signifikant. Für Burnout wiederum werden höhere Arbeitsbelastung und stärkere Beeinträchtigung des Arbeitslebens verantwortlich gemacht – diese gelten somit als stärkste Prädiktoren für die Austrittsabsicht (vgl. Corlade-Andrei et al. 2022). Auch Sasso et al. 2019 **führen Burnout** (emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung) neben weiteren Faktoren wie **Unterbesetzung, mangelnde Patient:innensicherheit, der Durchführung von nicht-pflegerischen Tätigkeiten** und männliches Geschlecht als Push-Faktoren für die Austrittsabsicht an. **Eine Verringerung der Arbeitsbelastung sowie die Reduktion von arbeitsbezogenem Stress werden im Hinblick auf Burnoutprävention und damit verbundenen Fluktuationsgedanken als zentrale Einflussfaktoren gesehen.**

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten auch zahlreiche Studien identifiziert werden, die sich mit dem **Wohlbefinden, Belastungen und der Zufriedenheit** von Pflegekräften – auch unabhängig von der Fluktuation – beschäftigen. Es kann aufgrund der oben genannten bestätigten Zusammenhänge davon ausgegangen werden, dass sich diese direkt oder indirekt auf die Fluktuationsabsichten auswirken.

Eine Gesamtübersicht der zur Fluktuation führenden Faktoren kann Abb. 24 entnommen werden.

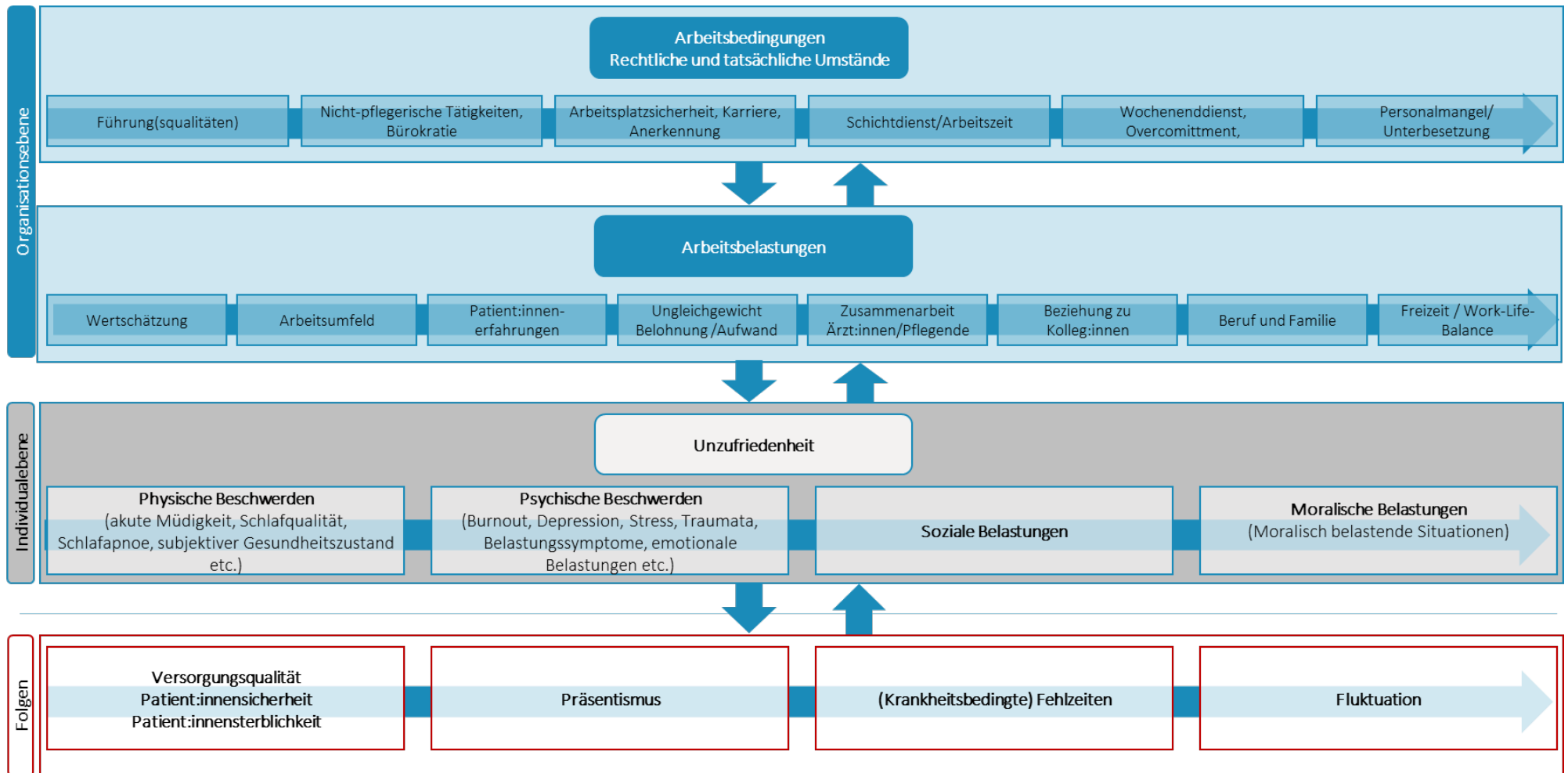


Abb. 24 Übersicht zu den zur Fluktuation führenden Faktoren

Quelle: Eigene Darstellung



## 9.2.2 Spezifische, mit der COVID-19-Pandemie assoziierte Gründe

Jüngste Studien belegen, dass die Fluktuationsabsichten von Pflegekräften während der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen und den Pflegekräftemangel verschärft haben – wobei **Stress am Arbeitsplatz** einer der wichtigsten Prädiktoren für Wechselentscheidungen zu sein scheint (vgl. Christianson et al. 2022; Eriksson et al. 2022; Thrysoee et al. 2022; Cho et al. 2021).

Die Studien von Thrysoee et al. 2022 und Gifford et al. 2022 zeigen auf, dass sich in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie noch **Pflegekräfte freiwillig** gemeldet haben – gerade zur Unterstützung auf einer Station mit Sars-CoV-2-Patient:innen. Die Krankenschwestern und -pfleger, die sich aus eigenem Antrieb engagierten, beschrieben ihre Arbeit als Berufung, sie fühlten sich zum Einsatz gegen Sars-CoV-2 verpflichtet und waren bereit zu "kämpfen". Sie wollten etwas für die Patient:innen und die Gesellschaft bewirken (vgl. Thrysoee et al. 2022; Gifford et al. 2022). Als positive Auswirkung stellte sich die **neue Solidarität** unter den Kolleg:innen dar, wodurch eine neue Arbeitskultur aufgebaut werden konnte. Insbesondere die **Offenheit** und die **gute Teamarbeit** der unterschiedlichen Professionen und Kompetenzen wurden hier angeführt. Die Tätigkeit als Pflegekraft wurde auch zum Teil aus Liebe zum Beruf und der damit einhergehenden **beruflichen Verantwortung** ausgeführt (vgl. Coşkun Şimşek und Günay 2021).

Doch durch die **langandauernde belastende Situation** und die **mangelnde Wertschätzung in der Gesellschaft und seitens der Vorgesetzten** ging das Engagement dieser Pflegekräfte deutlich zurück, sodass die Kliniken in den USA und Niederlanden in der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie Schwierigkeiten hatten, Personal zu rekrutieren (vgl. Thrysoee et al. 2022; Gifford et al. 2022). Bei dem Personal, welches gezwungen war, auf der COVID-19-Station zu arbeiten oder nicht die Möglichkeit hatte, die Station zu wechseln, wirkte sich die Situation **negativ** auf ihr **Selbstwertgefühl** und die **Gesundheit** aus. Zudem entwickelten diese Stresssymptome, Depression oder Burnout. Im Laufe der Zeit nahmen die psychischen Belastungen zu, unter anderem durch die Isolation, aus Angst die Familie oder Freunde anzustecken oder durch **Stigmatisierung und Diskriminierung** der Familie und Gesellschaft aufgrund der Betreuung von Patient:innen mit bzw. Verdacht auf eine Infektion. Mit den Schließungen der Kindergärten und Schulen brachen bei einigen Pflegekräften die Betreuungsangebote weg, sodass diese Personen ihrem Beruf nicht nachgehen konnten (vgl. Dixon et al. 2022; Coşkun Şimşek und Günay 2021; Thrysoee et al. 2022). Ähnliches wird in der Forschungsarbeit von Christianson et al. 2022 beschrieben. Hier zeigten die Krankenschwestern und -pfleger **Symptome von Burnout, während sie zugleich eine Verpflichtung gegenüber den Patient:innen empfanden**. Gerade das Pflegepersonal auf der Intensivstation war **stark belastet** durch **arbeitsbezogene Verbindlichkeiten, die verringerten Ressourcen** und das **persönliche Risiko, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken**, sowie der **mangelnden Anerkennung** für

diesen Dienst. Diese Belastungen führten zu Burnout und somit zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität der Patient:innen sowie zu einer steigenden Fluktuation des Pflegepersonals (Christianson et al. 2022). In einer Querschnittsstudie aus den USA wurde festgestellt, dass während der COVID-19-Pandemie die Pflegekräfte neben Burnout auch **schwergradige posttraumatische Belastungsstörungen** davontragen und nicht mehr so mäßig psychisch belastbar sind wie vor der Pandemie (vgl. Sagherian et al. 2020).

Die **Relevanz der COVID-19-Pandemie im Hinblick auf psychische und emotionale Belastungen** von Pflegekräften wird in **nahezu allen identifizierten Studien** herausgestellt und bestätigt (vgl. Coşkun Şimşek und Günay 2021; Bruyneel et al. 2021; Carmassi et al. 2022; Bozdağ und Ergün 2021; Costea et al. 2021; d'Ettorre et al. 2021; Dimitriu et al. 2020; Dixon et al. 2022; Fleuren et al. 2021; Foli et al. 2021; Jo et al. 2021; Lasater et al. 2021; Luo et al. 2020; Mediavilla et al. 2021; Missouridou et al. 2021; Nowell et al. 2021; Pappa et al. 2021; Petrişor et al. 2021; Petzold et al. 2020; Rossi et al. 2020; Sahebi et al. 2021; Shechter et al. 2020; Guttormson et al. 2022; Trumello et al. 2020; Bateman et al. 2016). Demnach zeigen sich Prävalenzen von 19 - 48 % für **Depressionen**, 20 - 33 % für **Angstzustände**, 24 - 49 % für **posttraumatische Belastungsstörungen**, 65 - 76 % für **Burnout**, 29 % wiesen ein Risiko für eine **Depersonalisierung** auf, 31 % hatten ein **reduziertes persönliches Erfolgsgefühl**, 22 - 57 % litten unter (traumatischem) **Stress**, 38 % waren **emotional erschöpft**, 74 % wiesen einen positiven Befund für ein **psychisches Problem** auf, 7 % gaben **Todeswünsche** an (21 % davon mit aktivem Suizidgedanken) und 8 % litten unter **Schlaflosigkeit**. Unter anderem werden in diesem Kontext die **mangelnde Unterstützung** durch die Verwaltung, **fehlende Schutzausrüstung**, **hohe Ansteckungsgefahr**, **fehlender Impfstoff und fehlende Behandlung einer SARS-CoV-2-Infektion** zu Beginn der Pandemie, die hohe Arbeitsbelastung, geringe **Zufriedenheit**, **reduzierte persönliche Resilienz**, **soziale Isolation**, **veränderte Arbeitsaufgaben** sowie **Entscheidungen über die Priorisierung von Patient:innen** genannt (vgl. Bruyneel et al. 2021; Carmassi et al. 2022; Costea et al. 2021; d'Ettorre et al. 2021; Fleuren et al. 2021; Luo et al. 2020; Mediavilla et al. 2021; Guttormson et al. 2022; Mealer et al. 2016; Sullivan et al. 2022; Soto-Rubio et al. 2020).

Die Studie von Auffenberg et al. untermauert die genannten Aspekte im Rahmen der betitelten Publikation: „**Ich pflege wieder, wenn ...**“. **90 %** der Befragten (n = 12.684) gaben an, dass sich die **Arbeitsbedingungen unter der COVID-19-Pandemie nicht verbessert haben**. Gerade die **mangelnde Unterstützung seitens der Politik und Arbeitgeber:innen** werden hier als Gründe aufgezeigt. Die COVID-19-Pandemie führte dazu, dass **knapp 10 % der Studienteilnehmer:innen aus dem Beruf ausstiegen und weitere 10 % die Arbeitszeiten reduzierten** (vgl. Auffenberg et al. 2022).

In einem Expertenpanel, welches in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland durchgeführt wurde, zeigte sich, dass 60 % der Befragten die unzureichenden Schutzmaßnahmen und

den Personalmangel kritisierten. Des Weiteren beanstandete knapp 55 % des Expertenpanels, dass die Bezahlung gerade zu Ausnahmezeiten zu schlecht sei und dass die unterschiedlichen Regelungen seitens der Politik zur Unzufriedenheit der Mitarbeiter:innen führten (vgl. Schätz 2020).

Um für zukünftige Wellen der COVID-19-Pandemie oder möglicher anderer **Pandemien gerüstet zu sein, bedarf es eines wertschätzenden Umgangs mit dem Pflegepersonal, einer angemessenen Bezahlung, eines professionellen Umgangs mit und einer Implementierung von Präventionsmaßnahmen und Interventionen zum Umgang mit Stress und psychischen Belastungen** (z.B. in Form von Reaktivierung von Bewältigungsstrategien, Aufrechterhaltung von Routinen und Teamgefühl), und vor allem Supervisionen oder einer Betreuung durch **Psychotherapeut:innen**, um mit solch einer enormen Belastungssituation besser umgehen zu können (vgl. Petzold et al. 2020; Fleuren et al. 2021; Christianson et al. 2022; Guttormson et al. 2022; Schätz 2020).

### 9.3 Wege zur Bindung (intensivmedizinischer) Pflegekräfte

In den analysierten Publikationen wird deutlich, dass eine **gute Kommunikation** und ein **wertschätzender Umgang** unter den verschiedenen Fachdisziplinen auf der Station zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit führen und dies die Mitarbeiter:innen binden kann.

Die Vergleichsstudie von Gausvik et al. 2015 untersucht den Einsatz von interdisziplinären Visiten am Krankenbett in den USA, um die Wahrnehmung von Teamarbeit, Kommunikation, Verständnis des Tagesplans, Sicherheit, Effizienz und Arbeitszufriedenheit zu messen. Sie kommt zum Ergebnis, dass eine gute Kommunikationsbasis ein wichtiger Aspekt für die **Zufriedenheit der Beschäftigten** ist. Darüber hinaus zeigt sich, dass eine verbesserte Kommunikation mit einer qualitativ hochwertigen Patient:innenversorgung einhergeht und somit zu einer sicheren Krankenhausumgebung führt. **Interdisziplinäre Teamvisiten**, die am Krankenbett stattfinden, verbessern sowohl die Zufriedenheit des Pflegepersonals als auch die damit zusammenhängenden Kommunikationsmarker für Qualität und Sicherheit. Ebenso können sie dazu beitragen, eine höhere Bindung des Pflegepersonals und eine sicherere Patient:innenversorgung zu erreichen (Gausvik et al. 2015).

Eine **gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit einer verbesserten Kommunikation sowie Wertschätzung zwischen den unterschiedlichen Professionen auf der Station** wird auch mit einem positiven Effekt in der Studie von Mihaljevic et al. 2018 belegt. In dieser Forschungsarbeit wurde ein Curriculum implementiert, welches auf Medizinstudierende und Pflege-Auszubildende ausgerichtet ist. Hier entstand eine Ausbildungsstation im Uniklinikum Heidelberg, auf der Grundlage von Best-Practice-Beispielen. Anzumerken ist, dass noch keine endgültigen Ergebnisse zu dieser Studie vorliegen. Es

zeigten sich erste Tendenzen über einen positiven Effekt in der Arbeitszufriedenheit und daraus resultierenden Bindung der Fachkräfte (Mihaljevic et al. 2018).

Ein ähnliches Programm (HEIGHTEN), welches die interprofessionelle Zusammenarbeit in Kanada fördert, kam zum gleichen Ergebnis. Im Rahmen von HEIGHTEN arbeitet jede/r Medizinstudierende vier bis acht Stunden lang mit Gesundheits- und Krankenpfleger:innen auf einer allgemeinmedizinischen Station eines Krankenhauses zusammen. Der Schwerpunkt des Programms liegt auf Interaktivität und Praxisnähe. Diese Lernerfahrung resultiere in einer positiven **interprofessionellen Zusammenarbeit und einer Wertschätzung der Rolle der Krankenpflege** (Walmsley et al. 2018).

Überdies untermauert die Publikation von Watters et al. 2015, dass Simulationstraining die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden in klinischen Situationen erhöht. Es führte auch zu einer Steigerung ihrer wahrgenommenen Fähigkeiten in Bezug auf Kommunikation/Teamarbeit und Führung/Management von klinischen Szenarien. Interprofessionelles Training zeigte verstärkte positive Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit von Pflegekräften und Ärzten (vgl. Watters et al. 2015, S.2ff.).

Einen weiteren Aspekt, um Mitarbeiter:innen zu binden, bildet die **Schulung der Resilienz**. Die Analyse von Mealer et al. 2016 stellt heraus, dass Pflegekräfte auf der **ICU durchschnittlich eine niedrigere Resilienz aufwiesen** als auf peripheren Stationen – was in einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einem Burnout resultieren kann. Mit einer Förderung der Resilienz könnte dem Risiko für diese Krankheitsbilder präventiv entgegengewirkt werden (vgl. Mealer et al. 2016; Slatyer et al. 2018). Durch die Förderung der Resilienz werden die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen befähigt, ihre Widerstandsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern, während sie unter schwierigen klinischen Bedingungen arbeiten. Dies kann die Selbsterkenntnis und das Lernen von Bewältigungsstrategien für die Resilienz am Arbeitsplatz positiv beeinflussen und einen sicheren Raum für die Validierung von Gefühlen durch Mentoring und Peer-Unterstützung bieten.

Ooms et al. 2022 zeigen in ihrer Mixed-Methods-Evaluation mit 72 Teilnehmenden, welche an einem **achtwöchigen Resilienz- und Wohlbefinden-Programm** teilnahmen, mit einem kombinierten Ansatz auf der personen- und arbeitsorientierten Ebene, dass eine **signifikante Verbesserung auf der persönlichen Ebene des Wohlbefindens** erzielt werden und sich die **Qualität und Kommunikation auf der Station positiv entwickeln** kann (vgl. Ooms et al. 2022; Walmsley et al. 2018). Ähnliche Ergebnisse liefert die randomisierte kontrollierte Forschungsarbeit von Srikesavan et al. 2022: Hier wurde ein Resilienztrainingsprogramm online durchgeführt, welches eine **Verbesserung der Widerstandsfähigkeit** bewirkte. Strategien und Schulungsprogramme zur Förderung der Resilienz können somit den Pflegekräften ermöglichen, sich besser gerüstet zu fühlen, um den täglichen Arbeitsstress bewältigen zu können. Zudem haben sie kurz- und langfristig **positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und**

können die Rekrutierung und Bindung von Fachkräften herbeiführen (vgl. Ooms et al. 2022; Srikesavan et al. 2022).

Abschließend kann an dieser Stelle festhalten werden, dass es weitere Bemühungen bedarf, um zu untersuchen, welche Maßnahmen zur Bindung der Pflegekräfte wirksam sind. Es wurde deutlich, dass die **Arbeitszufriedenheit eine wesentliche Rolle spielt, um die Fluktuation zu reduzieren**. Gerade eine gute **interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Kommunikationsbasis** und die **Stärkung der Widerstandfähigkeit (Resilienz)** scheinen hier maßgeblich zu sein, um das Wohlbefinden und die Mitarbeitendenbindung beim Pflegepersonal zu erhöhen. Ferner ist es von Bedeutung, welche Maßnahmen ergriffen werden, um neue Mitarbeiter:innen anzuwerben (siehe 9.4) – auch in diesem Bereich sind Analysen zur Wirksamkeit einzelner Rekrutierungsmaßnahmen sinnvoll.

## 9.4 Wege zur Gewinnung (intensivmedizinischer) Pflegekräfte

Obwohl auch in der internationalen Perspektive der Pflegekräftemangel zu den drängenden Problemstellungen in der Gesundheitsversorgung zählt, finden sich in der vorliegenden und um das Snowballing-Verfahren ergänzten systematischen Recherche kaum Forschungsarbeiten, die sich mit der Thematik „Wie gewinne ich Mitarbeiter:innen?“ beschäftigen. Die Studie von Ansmann et al. 2021 beschreibt, dass die Rekrutierung von qualifiziertem Personal in Deutschland sehr schwierig ist und betont **die Notwendigkeit, zeitnah zu handeln** und in die Qualifikation der Mitarbeiter:innen zu investieren. Eine Lösungsstrategie ist es, dem Personal in den Pflegeeinrichtungen mehr **Aus- und Weiterbildungsangebote zur Verfügung zu stellen** und die Teilnahme daran zu erleichtern, was die Publikation von Auffenberg et al. 2022 stützt. Ebenso rückt das **betriebliche Gesundheitsmanagement** stärker in den Fokus, welches insbesondere in großen Kliniken verstärkt gefördert werden sollte. Durch diese beiden Maßnahmen konnten neue Pflegekräfte gewonnen werden (vgl. Ansmann et al. 2021).

Bei einer Simulations-Modellierung zeigt sich, dass die Unterbesetzung des Pflegepersonals mit erheblichen Kosten verbunden ist. Die Forschenden kommen zum Ergebnis, dass Kliniken von Anfang an mehr Pflegepersonal einplanen und einen **Pool an flexibel einsetzbaren Pflegekräfte** generieren sollten, um bei einer möglichen Unterbesetzung immer noch ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung stellen zu können (Griffiths et al. 2021).

In der Studie von Ose et al. 2019 wurden in einem Zeitraum von zwei Jahren 24 qualitative Interviews durchgeführt. Das Ziel dieser Studie war es ein Krankenhaus zu finden, welches das 12 Stunden-Schicht-Modell einführt und die Rekrutierung von Pflegepersonal für dieses 12 Stunden-Schichten-Modell bewertet. Die Forschungsarbeit zeigt, dass es unterschiedliche Präferenzen bei dem Pflegepersonal gibt. Doch die Mehrheit der Pflegekräfte bewertete dieses Modell positiv, auch im Hinblick auf familiäre

Verpflichtungen. Trotz der längeren Abwesenheit an einem Tag stand ihnen insgesamt deutlich mehr Freizeit zur Verfügung, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkte. Diese Freizeit entsteht durch die schnell erarbeiteten Soll-Stunden, sodass die Mitarbeitenden nur drei statt fünf Tage in der Woche arbeiten mussten. Zudem weist diese Forschung auf, dass es **einer höheren Flexibilität in den Arbeitszeitmodellen** bedarf, um neue Pflegekräfte zu gewinnen (vgl. Ose et al 2019). Dass es deutlich mehr Möglichkeiten in der Dienstplangestaltung bzw. bei den Arbeitszeitmodellen geben muss, schlussfolgern auch Koch et al. und Auffenberg et al. Zudem sei es essenziell auf die individuellen Bedürfnisse in der Dienstplangestaltung der Pflegekräfte einzugehen (vgl. Koch et al. 2020; Auffenberg et al. 2022).

Ein weiteres Arbeitsmodell, welches in einem Altenheim in Deutschland eingeführt wurde, umfasst das sogenannte **7/7 Modell**. In diesem Modell wird sieben Tage à 12 Stunden gearbeitet, ehe sieben freie Tage folgen. Im erprobenden Altenheim zeigt sich eine Reduzierung der Krankheitsausfälle, eine bessere Planungssicherheit und eine Vereinfachung der Arbeitsabläufe (Hackmann et al. 2018).

Einen weiteren Anreiz bieten die **Magnet-Krankenhäuser**, welche ihren Ursprung in den USA haben. Diese Kliniken sollen **durch ihre guten Arbeitsbedingungen die Mitarbeiter:innen „wie ein Magnet“ anziehen**. Es gibt 14 Magnetkräfte, die für eine **Zertifizierung erfüllt sein müssen: u. a. Personalpolitik, berufliche Fort- und Weiterbildungen, enge Zusammenarbeit zwischen der Leitung und Pflege usw.** Die Studie von Brofidi et al. 2018 vergleicht Magnetkrankenhäuser mit normalen Kliniken und kommt zum Ergebnis, dass die Kliniken ohne eine Magnet-Zertifizierung eine erschwerende Arbeitsumgebung aufweisen und das Personal abwandert.

Es wird deutlich, dass mehr Anreize geschaffen werden müssen, um die Versorgung zu gewährleisten. Dieses Problem zeigt sich nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Durch eine Anpassung der **Arbeitszeitmodelle bzw. der Schaffung von mehr Flexibilität** sowie besseren **Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten** könnte dem Personalmangel entgegengewirkt werden. Ebenso wird ersichtlich, dass Magnetkrankenhäuser einen guten Lösungsansatz darstellen können, um neue Mitarbeitende in der Pflege zu gewinnen.

## 10 Diskussion

Die vorliegende Literaturübersicht umfasst Studien von 2017 bis 2022, die auf einer in PubMed durchgeführten Recherche und einem darauf aufbauenden Snowballing-Verfahren basieren. Aus forschungspragmatischen Gründen wurde dabei das rückwärtsgerichtete Snowballing priorisiert (siehe *Kapitel 8.1*), sodass möglicherweise jüngste Untersuchungen nicht identifiziert werden konnten. Zudem ist anzumerken, dass lediglich Arbeiten der letzten fünf Jahre berücksichtigt wurden. Dies hat zur Folge, dass ältere, ggf. für das deutsche Gesundheitssystem passende und relevante Studien nicht systematisch identifiziert werden konnten. Diesen Einschränkungen wurde durch informelle Recherchen entgegengewirkt.

Überdies wurde diese Arbeit um eine spezifische informelle Recherche ergänzt: In diesem Schritt wurden gezielt Studien aus Deutschland und Bayern gesucht, um sicherzugehen, dass bayernspezifische Publikationen, Studien, Projekte etc. Berücksichtigung finden. In Bayern werden zurzeit Studien zu Ansätzen durchgeführt, die mittels digitaler Gesundheitstechnologien die Arbeitsbelastung für die Pflegekräfte reduzieren sollen. Zu den vielversprechenden Forschungsprojekten (Care-Regio und DamPf) liegen jedoch noch keine Ergebnisse vor, sodass diese nicht in die Analyse aufgenommen werden konnten. Sie könnten zukünftig als Lösungsansatz dienlich sein.

Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf das deutsche Gesundheitssystem wurde sich im Vorfeld für die regionale Eingrenzung auf Studien aus Europa, USA, Kanada, Australien und Neuseeland beschränkt. Zum Teil existieren zwar auch innerhalb der ausgewählten Länder signifikante Unterschiede u. a. in Hinsicht auf Finanzierung, Leistungskatalog und Performance der Gesundheitssysteme. Der Vergleich mit Gesundheitssystemen, die auf gänzlich anderen finanziellen Grundlagen (z.B. Litauen, Estland, Slowenien) sowie Bedingungen, etwa der Ausstattung mit personellen Ressourcen (z.B. Kolumbien, Costa Rica, Türkei), basieren, macht jedoch deutlich, dass ebendiese Unterschiede innerhalb der für die vorliegende Untersuchung ausgewählten Länder in einer globalen Betrachtung eher gering sind. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Problemstellungen sowie die Übertragbarkeit von Lösungen sind die ausgewählten Länder damit eher als homogen zu betrachten. Durch die regionale Eingrenzung kann also gewährleistet werden, dass eher Gesundheitssysteme fokussiert werden und die zentralen Ergebnisse – bei aller Vorsicht – auf die vorherrschende Situation in Deutschland bzw. Bayern übertragen werden können. Zudem sprechen auch forschungsökonomische Gründe für eine länderbezogene Eingrenzung.

Aufgrund der breiten Thematik der Literaturübersicht, die zum einen die Problembeschreibung der Fluktuation als auch mögliche Lösungsansätze und Interventionen umfasst, wurde sich bei der Formulierung des Suchterminus auf die englische Sprache beschränkt, wodurch deutschsprachige Literatur nur bedingt gefunden werden konnte. Mittels Schneeballsystems und der freien Recherche wurde diesem Bias entgegengewirkt. Die Bewertung der methodologischen Qualität der eingeschlossenen Studien wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und bei Unstimmigkeiten die Stärken und Schwächen der einzelnen Studien diskutiert, bis ein Konsens erreicht werden konnte. Diese Vorgehensweise erhöht die Objektivität der vorliegenden Arbeit.

Grundsätzlich wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche eine Vielzahl an relevanten Untersuchungen identifiziert, die bei der Beantwortung der zuvor definierten Forschungsfragen helfen können. Im Ergebnis liegen wichtige Erkenntnisse vor, die es bei der Ableitung von Handlungsoptionen (siehe *Kapitel 20*) und Handlungsempfehlungen (siehe *Kapitel 21*) mit weiteren Erkenntnissen aus *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews* zusammenzuführen gilt.



## 11 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zahlreiche Gesundheitssysteme mit dem Fachkräftemangel in der Pflege und hoher Fluktuation zu kämpfen haben. Es zeigten sich verschiedene Gründe für das frühzeitige Aussteigen aus dem Pflegeberuf. Dabei hatte die COVID-19-Pandemie einen negativen Einfluss auf die Personalsituation. Nachfolgend werden die häufigsten Gründe für Fluktuation aus den verschiedenen Studien stichpunktartig dargestellt:

- Hohe Arbeitsbelastung und Arbeitsunzufriedenheit
- Burnout, Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen
- Geringe Wertschätzung von den Führungspersonen und der Gesellschaft
- Geringe finanzielle Vergütung
- Mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten
- Schlechte Kommunikation und Zusammenarbeit im Team
- Eingefahrene Strukturen – keine Flexibilität bei den Schichten
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Work-Life-Balance nicht gegeben – wenig Freizeit/Urlaub

Überdies wurden in diesem Teil des Gutachtens auch die Mitarbeiterbindung und -gewinnung näher analysiert. Hier lässt sich festhalten, dass Anreize für die Bindung des Pflegepersonals mit Aspekten des Wohlbefindens einhergehen. So wurde erkenntlich, dass die **interprofessionelle Teamarbeit mit gegenseitiger Wertschätzung und respektvoller Umgang von hoher Wichtigkeit** ist um den bzw. die Arbeitnehmer:in zu binden. Daneben spielt auch die **Stärkung der Resilienz** eine große Rolle, damit die Gesundheit erhalten wird und somit die Pflegekraft weiterhin auf der Station arbeiten kann. Es zeigt sich zudem, dass **flexiblere Arbeitszeitmodelle und ein Angebot an Fort- und Weiterbildungen für die Gewinnung von neuem Pflegepersonal förderlich** sind. Ebenso rücken das **Betriebliche Gesundheitsmanagement** und die **Etablierung von Magnet-Krankenhäusern** immer mehr in den Fokus. Die Literaturanalyse macht deutlich, dass es ein facettenreiches Potenzial gibt, um der Fluktuation entgegenzuwirken. Dennoch bedarf es weitere evidenzbasierte Forschung – insbesondere zur Gewinnung von neuen Mitarbeiter:innen.

## TEIL III:

# Qualitative Expert:inneninterviews

Der vorliegende dritte Teil des Gutachtens fokussiert auf qualitative Expert:inneninterviews. Nach einer *Kurzzusammenfassung* auf der folgenden Seite werden in *Kapitel (12)* zunächst die zentralen Ziele und Fragestellungen der empirischen Untersuchung vorgestellt. *Kapitel (13)* beschreibt anschließend das methodische Vorgehen für die Konstruktion und Testung des Erhebungsinstruments sowie insbesondere die Datenerhebung und -analyse. Die folgende Darstellung der Ergebnisse in *Kapitel (14)* umfasst zunächst eine Übersicht über das Sample – mit einer tabellarischen Aufstellung der interviewten Expert:innen und deren professionellen Hintergrund. Daran schließt zum einen die Beschreibung von Problemstellungen im Hinblick auf die intensivmedizinische Versorgung, die bei der Analyse des Interviewmaterials als zentral identifiziert werden, an. Zum anderen erfolgt eine Darstellung von Lösungsansätzen, die von den Interviewteilnehmer:innen benannt werden. Schließlich werden die zentralen Erkenntnisse in *Kapitel (15)* diskutiert bevor der dritte Teil des vorliegenden Gutachtens mit einem Fazit (*Kapitel 16*) abschließt.



## Kurzzusammenfassung

Die strukturierte Zusammenfassung publizierten Wissens wird im vorliegenden Teil des Gutachtens um Einsichten aus einer qualitativ-empirischen Untersuchung ergänzt. Auch hier stehen die Lage der intensivmedizinischen Versorgung sowie mögliche Ansätze zur Lösung identifizierter Problemstellungen im Fokus. Im Rahmen teils persönlich, teils online per Videokonferenz geführten qualitativen, semistrukturierten Interviews werden dazu Expert:innen befragt. Nach Transkription der Aufzeichnungen erfolgt eine strukturierende Inhalts- und ergänzend eine Frequenzanalyse.

Im August und September 2022 konnten 13 Interviews mit einer Länge von jeweils ca. 20 bis 45 Minuten geführt werden. In der Gesamtschau zeigte sich, dass die Ursachen für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf, bzw. von der Intensivstation vielfältig sind – ein zentrales Problem stellen jedoch die besonders belastenden Tätigkeiten dar, welche oft in Überforderung resultieren. Weiterhin wurden der Einsatz von Leasingpersonal sowie moralische Dilemmata insbesondere in der Intensivpflege als wesentliche Herausforderungen genannt. Aus den Expert:inneninterviews konnten verschiedene Lösungsansätze identifiziert werden, u. a. die klare und gesetzlich vorgegebene Definition von Handlungskompetenzen, die Anpassung der Vergütung sowie die Schaffung von Transparenz innerhalb der Einrichtungen durch verbesserte Kommunikation. Auch eine optimierte Karriereplanung könnte ebenso wie die Einführung eines einheitlichen und klar definierten Qualitätsmanagement-Systems die Personalsituation in der Intensivpflege verbessern. Abschließend wurde die Optimierung der Strategie zur Gewinnung von Berufseinsteiger:innen thematisiert.

## 12 Zielsetzung

Um einerseits einen noch umfangreicheren und aktuellen Blick auf die Lage der intensivmedizinischen Versorgung zu erhalten und andererseits eine holistische Übersicht über mögliche Lösungsansätze zu erhalten soll die strukturierte Zusammenfassung publizierten Wissens in *TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren* um ein empirisches Element ergänzt werden: Mithilfe qualitativer Interviews kann hierzu die Expertise von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen erfasst und anschließend im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, ergänzt durch eine einfache Frequenzanalyse, strukturiert ausgewertet und dargestellt werden.

Um eine möglichst breite und differenzierte Perspektive einnehmen zu können sollen dabei unterschiedliche Stakeholdergruppen Berücksichtigung finden – indem Vertreter:innen dieser Gruppen beim Sampling eingeschlossen werden: Neben Pflegefachpersonen aus der Intensivpflege, Praxisanleiter:innen, Pädagog:innen an Krankenpflegeschulen bzw. an Weiterbildungseinrichtungen für die Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin, Intensivmediziner:innen, und Pflegedienstleitungen sollen auch Vertreter:innen aus Berufsverbänden und einschlägigen Interessensvertretungen, wie dem Deutschen Pflegerat und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, befragt werden.

## 13 Methodisches Vorgehen

Im Hinblick auf die explorative Zielsetzung, die Komplexität der im empirischen Ansatz zu thematisierenden Problembeschreibungen und entsprechender Lösungsansätze soll die Expert:innenbefragung in einem **qualitativen Untersuchungsdesign** umgesetzt werden. Zur Datenerhebung dienen dabei **semistrukturierte Leitfadeninterviews**. Die Datenauswertung erfolgt dem Ansatz der **kategorienbildenden Inhaltsanalyse**.

Für die Datenerhebung wurde ein **Interviewleitfaden** erstellt, um in den Interviews einem roten Faden zu folgen und sicherzustellen, dass die untersuchungsrelevanten Aspekte thematisch erfasst werden. Der Leitfaden wurde einem pragmatischen **Pretest** unterzogen. Im Fokus standen dabei die Verständlichkeit der Fragen, deren Reihenfolge und die Dauer der Interviews. Nach der Auswertung des Pretests erfolgten moderate Anpassungen des Interviewleitfadens. Dieser kann – in der finalen Fassung – *Anhang 2* entnommen werden. Er ist in drei zentrale Themenkomplexe unterteilt: Zunächst werden die Expert:innen nach **Gründen für die Fluktuation** befragt, an zweiter Stelle nach **Lösungsansätzen** für die zuvor genannten Probleme und schließlich dezidiert zu ihrer Einschätzung bezüglich des **Einflusses der COVID-19-Pandemie** auf die intensivmedizinische Versorgungssituation.

Zur Dokumentation der **Einwilligung** in die Teilnahme an den Interviews bzw. die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde eine entsprechende **Erklärung** erstellt. Diese enthält Informationen zum Gegenstand und Zweck des Gutachtens bzw. Forschungsprojekts, über die Projektleitung, durchführende Institution und die interviewenden Personen, über Rechtsgrundlagen, Dauer der Datenspeicherung, Rechte der interviewten Personen sowie den Ausschluss einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling).

Die Interviews fanden zum Teil **persönlich** (Face-To-Face-Befragung) **und** teilweise online über die **Videokonferenzprogramme** MS Teams und Webex statt. Die Expert:innen erklärten sich mit der digitalen Tonaufzeichnung einverstanden. Vor Aufnahmestart erfolgte ein mündlicher Hinweis, dass die Aufnahme gestartet wird und das Interview beginnt. Die Tonaufnahmen wurden zur **Transkription** an einen darauf spezialisierten Dienstleister (abtipper.de als Angebot der Digitalmeister GmbH mit Sitz in Hannover) transferiert.

Nach Erhalt der Interviewtranskripte erfolgte deren **inhaltsanalytische Auswertung**. Dafür kam die Inhaltsanalyse **strukturierenden Typs** zum Einsatz. Ein wesentliches Element dieser Auswertung ist die Kategorienbildung. Dieser Schritt wurde in einem Verfahren mit **induktiven und deduktiven Elementen** vollzogen. Nach vollständiger Codierung aller Interviewtranskripte liegt im Ergebnis ein

ausdifferenziertes **Kategoriensystem** vor. Ergänzend erfolgte eine einfache **frequenzanalytische Auswertung**, die die quantitative Bedeutung von Elementen aus dem Kategoriensystem einzuschätzen hilft. Die beschriebenen Auswertungen wurden softwaregestützt durchgeführt. Dafür kam das Programm **MAXQDA 2022** der VERBI Software GmbH zum Einsatz.

Das Codesystem ist anhand der Leitfragen erstellt worden und untergliedert sich in die Hauptkategorien der Problembeschreibung, der Lösungsansätze und der COVID-19-Pandemie. Diese Kategorien wurden wiederum in Subsubkategorien auf einer zweiten und dritten Ebene unterteilt, um die Antworten der Interviewteilnehmer:innen zu differenzieren. Einige Themen wurden über die Leitfragen hinaus angesprochen.

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse aus den Expert:inneninterviews vorgestellt.

## 14 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel erfolgt zunächst eine Darstellung des Samples (14.1). Die nachfolgende Präsentation zentraler Ergebnisse gliedert sich in einen auf die Beschreibung der Problemstellung abstellenden Teil (14.2) und einen auf Ansätze zur Problemlösung fokussierenden Abschnitt (14.3). Das Kategoriensystem als zentrales Ergebnis der inhaltsanalytischen Auswertung ist – ergänzt um die Ergebnisse der Frequenzanalyse – in *Anhang 3* beigefügt.

### 14.1 Sample: Teilnehmer:innen und Funktionen

Die Auswahl, bzw. Rekrutierung der Expertinnen und Experten für die Interviews erfolgte einem **Stakeholder-Ansatz**: Zunächst wurden die Personengruppen identifiziert, die direkt oder indirekt mit der intensivmedizinischen Versorgung in Verbindung stehen. Dazu zählen Pflegefachpersonen und Mediziner: innen, die auf Intensivstationen arbeiten, Pflegepädagog:innen, die in der Aus- und Weiterbildung tätig sind, Führungspersonen auf Stationsleitungs- oder Pflegedienstleitungsebene, Angehörige von Selbstverwaltungen wie dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Deutschen Gesellschaft für Funktionspflege (DGF) sowie der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG). Dabei wurden vor allem Stakeholder aus Bayern interviewt.

Über das persönliche Netzwerk sowie über Interviewanfragen an Intensivstationen in bayerischen Krankenhäusern und an Selbstverwaltungen wurden die Expertinnen und Experten für die Interviews gewonnen. Insgesamt wurden **13 Interviews** im Zeitraum August bis September 2022 geführt – mit einer Länge von je ca. 20 bis 45 Minuten. Mit einer Ausnahme sind alle Interviewpartner:innen (*vgl. Tab. 9*) mit der **namentlichen Nennung ihrer Person, Funktion und direkten Zitaten** einverstanden. Das Interesse und die Bereitschaft zur Interviewteilnahme waren sehr groß – was auf die hohe Relevanz der Thematik hindeutet.

**Tab. 9** Liste der interviewten Expert:innen (alphabetisch geordnet)

Quelle: Eigene Darstellung

Name	Funktion
Dr. Sebastian Allgäuer	Intensivkoordinator, RBK Stuttgart
Tobias Becker	Stellvertretende Landesbeauftragte Bayern bei DGF
Angela Dzyck	Pflegedirektorin/Pflegedienstleitung (PDL), Klinikum Bayreuth
Dr. Roland Engehausen	Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft
Prof. Dr. med. Dietrich Henzler	Intensivmediziner, Anästhesist, Leiter Intensivstation Klinikum Herford

<b>Denise Holl</b>	Abteilung Personalgewinnung, Klinikum Bayreuth
<b>Prof. Dr. med. Marcus Krüger</b>	Chefarzt Neonatologie/Kinderintensivstation, München
<b>Irene Maier</b>	Vize-Präsidentin Deutscher Pflegerat (DPR)
<b>Thomas Peter</b>	Pflegepädagogik, Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege / Notfallpflege, Barmherzige Brüder Regensburg
<b>Christian Pfeiffer</b>	Pflegewissenschaftler B.A. Kursleitung Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, Klinikum Bayreuth
<b>Tim Schürkamp</b>	Kursleitung Intensiv- und Anästhesiepflege Berufspädagoge im Gesundheitswesen (B.A.), Klinikum Fürth
<b>Christina Papecek-Zimmermann</b>	Intensivpflegerin/Gesundheits- und Krankenpflegerin (GuK), Praxisanleiterin, Uniklinik Regensburg
<b>Anonym</b>	Intensivpfleger:in und Praxisanleiter:in

## 14.2 Problembeschreibung

Die Ursachen für den Ausstieg aus der Intensivversorgung oder sogar aus dem Pflegeberuf sind aus Sicht der befragten Stakeholder vielfältig. Häufig sind Problem und Lösung schwer voneinander zu trennen. Es zeigt sich aber auch, dass nicht alle Lösungsvorschläge mit hohen Kosten verbunden sind.

Als zentraler Punkt wurden die Rahmenbedingungen genannt, welche häufig eine Überforderung und außerordentliche körperliche und psychische Belastungen für die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter:innen bedeuten. Neben unsicheren Dienstplänen und häufigem Einspringen bei Personalausfällen ist auch die dünne Personaldecke ein Problem, bei dem vorher festgelegte Betreuungsschlüssel nicht immer als Lösung gesehen werden.

Die PpUGV (vgl. *Informationskasten* in *Kapitel 4.1*) kann hilfreich sein, ist aber teilweise auch hinderlich – Betten werden gesperrt, aber der tatsächliche Versorgungsaufwand wird nicht abgebildet (Dzyck, PDL; Maier, DPR; Papecek-Zimmermann, GuK). Das Instrument dient aus Sicht der Expert:innen nur der quantitativen Bewertung des Verhältnisses von Patient:innen einerseits und Personal andererseits. Es bildet aber nicht ab, wie pflegeaufwendig die Versorgung der Patient:innen ist, sodass beispielsweise mehr Patient:innen mit stabilem Kreislauf weniger oder gleich viel Aufwand bedeuten, wie weniger Patient:innen, die kreislaufinstabil sind und permanente Aufmerksamkeit und Versorgung benötigen. Die Anzahl der Patient:innen auf der Intensivstation alleine ermöglicht also keine Aussage über den Versorgungsaufwand. Folglich wird ein adäquateres Instrument gefordert.

### Zeitarbeit, Leasingpersonal

Zur Kompensierung des Personalmangels wird in vielen Krankenhäusern Leasingpersonal eingesetzt, also Pflegenden und Ärzt:innen, die nicht festangestellt in einer Klinik sind, sondern über eine Zeitarbeitsfirma angefragt werden, um kurzfristige Engpässe ausgleichen zu können. Einerseits hilft



diese Unterstützung dabei, die Akutversorgung sicherzustellen. Andererseits löst sie aber auch Unmut bei dem festangestellten Personal aus. In der Regel sind die Stundenlöhne der Zeitarbeiter:innen in Medizin und Pflege höher, sie haben aber weniger Verantwortung, was die Stationsorganisation betrifft (Allgäuer, Intensivmediziner, RBK Stuttgart).

Aus Sicht der Personalgewinnung kann der Einsatz von Leasingpersonal zwar kurzfristige Engpässe überbrücken, er ist jedoch keine Dauerlösung und sollte von staatlicher Seite reglementiert werden. Als Gefahr wird gesehen, dass noch mehr Personal in die Arbeitnehmerüberlassung abwandert, weil es attraktiver erscheint als eine Festanstellung in einer Klinik (Holl, Personalgewinnung, Klinikum Bayreuth).

Damit ist der Einsatz von Zeitarbeiter:innen Problem und Lösung in einem. Dabei zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen angepasst werden müssen, um eine Festanstellung wieder attraktiv zu machen.

### Moral Distress

Ethische Dilemmata treten häufig bei komplexen intensivmedizinischen Behandlungen auf. Neben der Ausweglosigkeit der Situation am nahenden Lebensende eines Patienten bzw. einer Patientin müssen die Angehörigen in Entscheidungen involviert werden. Manche Entscheidungen führen nicht zu einer Verbesserung der Situation, sondern scheinen den Leidensweg der Patientin bzw. des Patienten zu verlängern. Auch diese ethischen Konflikte innerhalb des Behandlungsteams wurden als Gründe für das Verlassen der Intensivstation beschrieben (Henzler, Intensivmediziner Klinikum Herford).

### Karrieremöglichkeiten

Als ein weiteres wesentliches Problem bzw. als Grund, dass qualifiziertes Pflegepersonal aus der Intensivstation, bzw. aus dem Beruf aussteigt, werden die aktuell stark begrenzten Karrieremöglichkeiten benannt. Dies spiegelt sich zum einen in der Vergütung wider, aber auch in der Beschränkung von Handlungskompetenzen.

*So bringt es etwa der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft Roland Engehausen auf den Punkt: „Und Karriereplanungen sind bisher nicht ausreichend möglich, ich sage mal, am Pflegebett. Das ist anders beim Arzt. Ein ärztlicher Direktor einer Uniklinik kann auch weiterhin Patienten behandeln. In der Pflege ist das deutlich problematischer“.*

Die Tarifverträge geben es teilweise nicht her, dass Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung im Anästhesie- und Intensivbereich besser bezahlt werden als solche ohne entsprechende Weiterbildung und auch verantwortungsvollere Tätigkeiten übernehmen können. So ist das Pflegepersonal, das sich höher qualifizieren möchte, aktuell gezwungen, eine Karriere „fern vom Patientenbett“ anzustreben. Nach der Fachweiterbildung wird dem dann höher qualifizierten Fachpflegenden kein neues Aufgabenspektrum zur Verfügung gestellt (Intensivpfleger, anonym). Es sei angemerkt, dass die

Tarifverträge für den öffentlichen Dienst (TVöD und TV-L) auf die Ausbildung als Pflegefachkraft und die DKG-Empfehlungen zur pflegerischen Weiterbildung Bezug nehmen. Der Krankenhausbereich in Bayern orientiert sich allgemein an diesen Verträgen, da sich ein Großteil der Kapazitäten in bayerischen Krankenhäusern in öffentlicher Hand befinden und somit über TVöD und TV-L tarifgebunden sind.

Ein weiterer Aspekt, neben mangelnden Karrieremöglichkeiten am Patientenbett, ist der Zugang zu Fort- und Weiterbildungen: Es gibt teilweise sehr lange Wartezeiten in den Kliniken für die Fachweiterbildungen. Das Pflegepersonal ist mitunter gezwungen seine Arbeitszeit zu reduzieren oder Urlaub zu nehmen, weil Fort- und Weiterbildungen, bzw. Studiengänge weder finanziell unterstützt noch als Arbeitszeit anerkannt werden. (Intensivpfleger, anonym; Henzler, Intensivmediziner Klinikum Herford). Es sei angemerkt, dass die Fachweiterbildung berufsbegleitend durchgeführt werden kann und somit das reguläre Gehalt während der Weiterbildungszeit bezogen werden kann. Eine gesetzliche Regelung der Finanzierung der Fachweiterbildung existiert nicht. Stattdessen obliegt diese den jeweiligen Trägern der Bildungsmaßnahme. Eine (Teil-)Übernahme der Kosten durch den:die Arbeitgeber:in ist denkbar. Zudem gibt es die Möglichkeit des sogenannten „Aufstiegs-BaföG“, wofür die DKG-Weiterbildungsempfehlungen ausdrücklich in § 2 Abs. 1 Satz 2 Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz des Bundes berücksichtigt werden.

Stellen für Pflegepersonal mit akademischem Abschluss „am Patienten“ sind aktuell so gut wie nicht vorhanden. Auch das wird von der Deutschen Gesellschaft für Funktionspflege (DGF) beobachtet.

„Allerdings, das ganz große Problem häufig, und das ist die Diskussion, die wir im Bereich der Akademisierung schon seit vielen Jahren immer führen, haben viele Arbeitgeber und viele Unternehmen vergessen, Arbeitsplätze zu schaffen, die dann genau dieses Feld abrufen. Weil, das führt natürlich zu einer Frustration, ich mache einen Studiengang, bin Bachelor der Pflegewissenschaft und habe dann im klinischen Setting eigentlich kein Tool.“  
(Becker, DGF Bayern).

### Aufgabenprofile

Anknüpfend an die unzureichenden Karrieremöglichkeiten in der Pflege wurden von einigen Interviewpartner:innen unklare Aufgabenprofile, bzw. Stellenbeschreibungen angesprochen bzw. als Grund für Unzufriedenheit und langfristig auch für die Fluktuation benannt. Herr Becker von der DGF beschreibt einen Vergleich von vor 15, 20 Jahren zu heute: Es gab einen Shift der Tätigkeiten mit der Tendenz zu mehr ärztlichen Aufgaben, wodurch die eigentlich pflegerischen Aufgaben nicht mehr geschafft werden (vgl. Becker, DGF).

Neben insuffizienten Stellenbeschreibungen bei Neueinstellungen sind auch die Aufgabenprofile innerhalb eines Arbeitsbereichs heute nicht deutlich definiert. Es ist unklar, welche Tätigkeiten in welche Berufsgruppe fallen, bzw. welcher Handlungsspielraum und welche Kompetenzen dem Pflegepersonal zugeschrieben werden. Mit der generalistischen Pflegeausbildung wurden Vorbehaltsaufgaben für die

Pflegenden geschaffen, aber die Umsetzung fehlt teilweise noch (vgl. Pfeiffer, Fachweiterbildung A+I, Klinikum Bayreuth).

### Schlechtes Image des Pflegeberufs

Häufig angesprochen wurde auch das eher negative Image des Pflegeberufs in der Gesellschaft. Dazu haben neben der Berichterstattung zur COVID-19-Pandemie auch die Pflegenden selbst beigetragen, in dem sie sich in eine Art „Opferrolle“ einfügen. Viele Pflegenden beschwerten sich über ihre Situation und erwarten, dass sie von anderen geändert wird. Dies ist nur durch politisches Engagement möglich. Dazu wären die Pflegekammern notwendig, die aber in einigen Bundesländern abgewählt, bzw. nicht gegründet werden konnten (vgl. Becker, DGF).

## 14.3 Lösungsansätze

### Handlungskompetenzen

Eine zentrale Erkenntnis, die aus den Expert:inneninterviews gewonnen werden kann, ist der Wunsch nach gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen, u. a. in Bezug auf Handlungskompetenzen und heilkundliche Aufgaben. Es soll ein konkreter Aufgabenkatalog erstellt werden, der für alle Einrichtungen gilt. Zurzeit existieren nur Rahmenbedingungen für Modellvorhaben, die aber vorrangig den ambulanten, nicht aber den teilstationären oder stationären Bereich betreffen (vgl. Allgäuer, RBK; Maier, DPR; Becker, DGF).

### Vergütung

Des Weiteren gibt es konkrete Vorschläge in Bezug auf die Vergütung. Nach der Forderung des Deutschen Pflegerats nach 4.000EUR Einstiegsgehalt wird auch eine leistungs-, und erfahrungsgerechte sowie der Qualifizierung entsprechende Bezahlung vorgeschlagen. In anderen Branchen und Berufen sei dies bereits üblich.



### Comparable Worth-Index

Eine Methode, die Arbeits-Anforderungen und -Belastungen geschlechtssensibel vergleicht. Jeder Beruf erhält dabei einen **Punktwert**, der anzeigt, wie hoch die Anforderungen und Belastungen zusammengefasst im Durchschnitt sind.

Demnach weist der Pflegeberuf einen gleich hohen Grad an Komplexität auf wie manche Ingenieursberufe.

Zum Thema Vergütung zählen auch Boni, die beispielsweise gezahlt werden, wenn man kurzfristig einspringt.

### Transparenz

Aus Sicht einiger Befragter ist eine klare Kommunikation zwischen Führungsebene und dem patientenversorgenden Personal zwingend erforderlich, um Missverständnisse aus dem Weg zu räumen und zur Zufriedenheit aller Beteiligten beizutragen. Zur Transparenz in der Kommunikation zählen auch offen gelegte Vertragsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten.

### Führung

Auch Führungspersonen benötigen Fort- und Weiterbildungen. Diese Fortbildungen sind im Bereich der Supervision, in der Dienstplangestaltung, aber auch allgemein in der Kommunikation anzusiedeln (vgl. Krüger, Neonatologie, München).

### Karriereplanung

Ein entscheidender Punkt, der für die befragten Personen aus der Patient:innenversorgung wichtig ist, ist die Karriereplanung. Dazu zählt vor allem die Unterstützung der Arbeitgeber, was die Freistellung, bzw. finanzielle Beteiligung bei Fort- und Weiterbildungen betrifft. Zu diesem Schluss kommen mehrere Interviewpartner:innen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich (vgl. Allgäuer, RBK Stuttgart; Henzler, Klinikum Herford, Intensivpfleger, anonym; Schürkamp, Kursleitung Fachweiterbildung). Hier kann auch die Politik einen Beitrag leisten, denn in anderen Bundesländern, z.B. Berlin existiert Bildungsurlaub – Arbeitnehmer:innen können sich an 5 Tagen pro Jahr, bzw. an 10 Tagen in zwei Jahren Fort- und Weiterbildungen als Arbeitszeit anerkennen lassen. Bisher ist dies in Bayern nur durch den guten Willen der Arbeitgeber vereinzelt möglich.

Des Weiteren müssen entsprechende Stellen geschaffen werden, in denen mit einer höheren Qualifikation nicht nur primär patientenferne Aufgaben übernommen werden können, sondern auch Aufgaben, die auf die direkte Patientenversorgung fokussieren. Diese Maßnahme dient auch dazu, hoch qualifiziertes Personal im Unternehmen bzw. in der Klinik zu halten. Sie trägt zudem zur Qualitätssicherung bei.

### Qualitätssicherung

Ein konkreter Vorschlag zur Qualitätssicherung ist die Einführung eines Punktesystems, wie es bereits bei Ärzt:innen in Form des CME-Systems (Continuing Medical Education) existiert. Dort würde die Voraussetzung gelten, dass in einem definierten Zeitraum bestimmte Fortbildungen besucht werden müssen. Durch einen solchen Nachweis wäre sichergestellt, dass sich die Pflegefachpersonen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft halten (vgl. Intensivpfleger, anonym). Im Pflegebereich existiert dieser Ansatz bisher nur auf Basis einer freiwilligen Registrierung beruflicher Pflegenden (RbP).

### Gewinnung von Nachwuchs

Die Gewinnung von pflegerischem Nachwuchs wird auf verschiedene Weise betrachtet. Von den interviewten Pflegefachpersonen wird etwa vorgeschlagen, in die Schulen zu gehen und über den Beruf zu informieren (vgl. Papecek-Zimmermann, GuK).

Neben Infotagen an Schulen, die zur Vorstellung des Aufgabenspektrums im Pflegeberuf dienen, sei auch eine „Willkommenskultur“ wichtig, um die Praxisanleitung und Einarbeitung im Vorfeld auf den Stationen mit den einzelnen Berufsgruppen zu planen. Es sollte im Team abgestimmt sein, welche Ansprechpartner:innen zur Verfügung stehen und was gelernt werden kann im Rahmen des Praxiseinsatzes während der Ausbildung auf der Intensivstation (vgl. Becker, DGF).

Ebenso sollten konkrete Kampagnen ins Leben gerufen werden, die nicht nur informativ, sondern auch unterhaltend sind. Als Kommunikationskanäle können Social Media Kanäle gewählt werden, die auch tatsächlich von jungen Menschen genutzt werden (vgl. Maier, DPR).

Die Gewinnung von Pflegepersonal aus dem Ausland wird nur von einer Gesprächspartnerin überhaupt als Lösungsansatz erwähnt. Diese Option wird jedoch als sehr mühsam und langwierig beschrieben und nicht als Möglichkeit erster Wahl in Betracht gezogen, um das Personal aufzustocken. Neben der Vergleichbarkeit von Berufsabschlüssen sind häufig mangelnde Sprachkenntnisse ein Hindernis, bzw. ein Grund für die Verzögerung der Einstellung. Zudem ist es zu Beginn ein Mehraufwand für das Stammpersonal. Neben z. B. einer bereits initiierten Stelle für Integration am Klinikum Bayreuth, die einen wichtigen Schritt für die Umsetzung und zur Beseitigung von Herausforderungen beiträgt, müssten von Seiten der Politik schnellere Anerkennungsverfahren auf den Weg gebracht werden (vgl. Holl, Personalgewinnung Klinikum Bayreuth).

### Interprofessionelle Zusammenarbeit

Vielfach als Lösung, bzw. funktionierendes System wurde ein gutes Team-Gefüge angesprochen. Zum Team zählen alle Professionen, die in der Patientenversorgung tätig sind – d. h. neben dem Intensivpflegepersonal, die Stationsärzt:innen, Oberärzt:innen, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen und Beatmungstherapeut:innen und auch das Assistenzpersonal. Es geht dabei um Therapieentscheidungen, die gemeinsam getroffen und damit von allen getragen werden können. Dies fördert Vertrauen und reduziert Moral Distress. Zur interprofessionellen Zusammenarbeit zählen aber auch gemeinsame Fortbildungen und gemeinsame Beiträge auf Fachkongressen (vgl. Henzler, Klinikum Herford; Krüger, Neonatologie Klinikum München). Im Team können aber auch individuelle Dienstpläne abgesprochen werden, wodurch mehr Flexibilität möglich ist.

### Dienstplangestaltung

Mit einem gut funktionierenden Team ist auch eine flexible Dienstplangestaltung möglich. Personal, das aus der Elternzeit zurückkommen möchte, benötigt angepasste Dienstzeiten, die verlässlich sind, aber auch mit dem Team abgesprochen werden. An die Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen angepasste Dienstpläne sind erforderlich, um Personal zurückzugewinnen und auch zu halten (vgl. Krüger, Neonatologie, München).

### Einarbeitung

Ein Punkt, der vielfach von den Interviewpartner:innen angesprochen wurde, ist die Einarbeitung. Die Einarbeitung fokussiert auf neue Mitarbeiter:innen mit Berufserfahrung, Berufsanfänger:innen direkt nach der Ausbildung oder Personen nach längerer Auszeit, z.B. durch Elternzeit oder längerer Krankheit. Eine strukturierte und zeitlich angemessene Einarbeitung mit Mentoring gilt als erstrebenswert. Berufsanfänger:innen werden für mehrere Wochen begleitet und nach und nach in das komplexe Aufgabenfeld der Intensivpflege eingeführt. Dafür steht ihnen immer ein:e vorher benannte:r Ansprechpartner:in zur Seite. Diese Vorgehensweise gibt Sicherheit und nimmt den Pflegefachpersonen die Angst vor den neuen Aufgaben. Neben einer guten Versorgungsqualität wird gleichzeitig die Mitarbeiter:innenzufriedenheit gestärkt.

Neben der Einarbeitung und Begleitung von bereits ausgebildetem Pflegepersonal spielt die Praxisanleitung von angehenden Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle: Auszubildende benötigen einen gewissen Plan, was sie auf einer Intensivstation erlernen können. Hier ist ein enger Kontakt zu den Krankenpflegeschulen notwendig, um die Einsätze der Auszubildenden gut zu planen. Von Seiten der Klinik, bzw. der Intensivstationen wäre es wünschenswert, wenn die Praxisanleiter:innen für die Aufgabe freigestellt werden und sich ausgiebig um die Anleitung der Praktikant:innen kümmern können. Als Möglichkeit wurde von den Interviewpartner:innen genannt, dass die Person, die die Praxisanleitung durchführt, gemeinsam mit der auszubildenden Person z.B. zwei Patient:innen für die entsprechende Schicht übernimmt – damit auch das restliche Stationspersonal nicht zu überlastet ist, sondern die Patient:innenversorgung sichergestellt ist (vgl. Becker, DGF).

### Kinderbetreuung

Zusätzlich zu den flexibel angepassten Dienstplänen an persönliche Bedürfnisse bzw. Bedarfe, wie etwa die Betreuungszeiten in Kindertagesstätten, ist auch die Verfügbarkeit von Kinderbetreuungsplätzen am Klinikum selbst oder in unmittelbarer Nähe mit einem kooperierenden Kindergarten eine Entlastung für die Mitarbeiter:innen. Dies kann dazu beitragen, dass die Arbeitszeit wieder aufgestockt werden kann (vgl. Intensivpfleger, anonym; Krüger, Neonatologie, München).

## 14.4 COVID-19-Pandemie

### Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 hat aus Sicht der meisten Befragten zwar kaum zu einer Kündigung von Pflegefachpersonen geführt, aber den Einstieg für Praktikant:innen und Auszubildende in den Pflegeberuf erschwert. Die Ausbildungszahlen sind deutlich zurückgegangen (vgl. Engehausen, BHG). Aber auch im Rahmen der Fachweiterbildung der Anästhesie- und Intensivpflege wird berichtet, dass Weiterbildungsteilnehmende aufgrund fehlender Impfung die vorgeschriebenen Praktika nicht absolvieren und damit die Weiterbildung nicht beenden konnten (vgl. Schürkamp, Kursleitung Fachweiterbildung).

Ebenso wird berichtet, dass Pflegefachpersonen aus Empörung den Beruf gewechselt hätten und nun beispielsweise im Supermarkt arbeiten würden mit gleichem Gehalt, aber weniger Verantwortung für das Leben von anderen Menschen (vgl. Maier, DPR).

Einige Interviewteilnehmer:innen äußern, dass die Politik an dieser Stelle versagt habe, weil die Aufklärung gefehlt hat und auch nicht eingesehen wurde, warum nur dem Personal eine Impfpflicht auferlegt wurde, nicht aber den Patient:innen (vgl. Krüger, Neonatologie, München; Höll, Personalgewinnung Klinikum Bayreuth).

### Wissenszuwachs

Ein positiver Effekt, der durch die COVID-19-Pandemie verzeichnet werden kann und von mehreren Interviewpartnern angesprochen wurde, ist der Wissenszuwachs in der Therapie. Durch viele schwer betroffene Patientinnen und Patienten konnte das medizinische Personal auf den Intensivstationen eine Routine im Umgang mit komplexen Krankheitsbildern wie ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome, dem akuten Lungenversagen), etwa dem Handling der Bauchlagerung, aber auch mit bislang weniger häufig genutzten Medikamenten oder medizinischen Geräten wie der ECMO (Extracorporale Membran-Oxygenierung) entwickeln. Zudem konnten durch gemeinsame Fortbildungen die interprofessionellen Teams gestärkt werden, da diese zuvor genannten komplexen Maßnahmen nur im Team umgesetzt werden können.

### Beschleunigung von Prozessen

Ein weiterer positiver Effekt, der beobachtet wurde, ist, dass Prozesse beschleunigt werden konnten, die sonst eher träge vonstattengehen.

*„Ja, Wahnsinn, innerhalb kürzester Zeit, sind da Entscheidungen getroffen worden, oder Empfehlungen gemacht worden, die dann auch gut gewesen sind. Also wo man auch das Outcome dann gesehen hat. Das war schon beeindruckend.“ (Pfeiffer, Pflegewissenschaftler Klinikum Bayreuth)*

## 15 Diskussion

Durch die Expert:inneninterviews war es einerseits möglich, Lösungsansätze, die in der Literatur identifiziert wurden (*TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren*), zu bewerten und zu konkretisieren. Andererseits konnten die publizierten Ansätze um weitere Lösungsoptionen ergänzt werden. Dabei ist es gelungen, unterschiedliche und im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand besonders relevante Stakeholdergruppen zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die beschriebene Auswahl von Vertreter:innen dieser Gruppen beim Sampling zu Limitationen führen kann. Diese gehen zum einen mit der Auswahl der Gruppen an sich und zum anderen mit dem Umstand einher, dass aus forschungsökonomischen Gründen – insbesondere aufgrund der limitierten Zeit für die Erstellung des Gutachtens – nur jeweils eine Person oder eine kleine Anzahl an Personen je Stakeholdergruppe befragt werden konnte. Entsprechend war es nur eingeschränkt möglich, sich bei der Festlegung der Zahl an Interviews an der theoretischen Sättigung zu orientieren. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Interviews für den definierten Zweck sehr zielführend sind. Zudem sichern weitere empirische Elemente in *TEIL IV: Handlungsoptionen und Empfehlungen* diese Zielsetzungen ab.

Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass die Kernaussagen aus der Literaturrecherche durch die Expert:innen bestätigt und noch weiter vertieft werden. Dabei fiel auf, dass Problemstellungen und Lösungsansätze, die auch die zentralen Oberkategorien bei der inhalts- und frequenzanalytischen Auswertung der Interviews bilden, nur schwer voneinander zu trennen sind.



## 16 Fazit

Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass die Aussagen aus der Literaturrecherche von den Expert:innen weitgehend bestätigt werden. Zudem wurden diese weiter vertieft bzw. konkretisiert. Durch die verschiedenen Perspektiven der Interviewpartner:innen war es – trotz der diskutierten Limitationen – möglich, ein umfassendes und sehr komplexes Bild zur Situation der Intensivmedizin zu zeichnen. Entsprechendes gilt für die Lösungsmöglichkeiten.

Damit trägt der empirische Schritt zusammen mit der literaturbasierten Arbeit maßgeblich zur Entwicklung der Handlungsoptionen und -empfehlungen bei. Dabei wird er um weitere empirische Schritte – *Expert:innenworkshop zur Identifikation von Handlungsoptionen* in Kapitel 19.2 und *Abschließende Konsultation von Expert:innen zur Ableitung von Handlungsempfehlungen* in Kapitel 19.3 – ergänzt.

## TEIL IV:

# Handlungsoptionen und Empfehlungen

Der konkludierende vierte Teil des Gutachtens stellt im Wesentlichen auf die Präsentation von Handlungsoptionen und Handlungsempfehlungen ab. Nach einer *Kurz Zusammenfassung* auf der folgenden Seite werden in *Kapitel (17)* die Zielsetzungen definiert woraufhin in *Kapitel (18)* eine kurze synoptische Reflexion der Teilergebnisse aus *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung*, *TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren* und *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews* sowie der Implikationen der COVID-19-Pandemie folgt. *Kapitel (19)* beschreibt im nächsten Schritt das methodische Vorgehen bei der auf diesen Ergebnissen basierenden Entwicklung der Handlungsoptionen und -empfehlungen. Dabei stehen die iterative Integration und Verdichtung der genannten Teilergebnisse, ein Expert:innenworkshop zur Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Handlungsoptionen sowie abschließende Expert:innenkonsultationen zur Finalisierung der Handlungsoptionen und Empfehlungen im Fokus. In den beiden letzten Kapiteln erfolgt schließlich die Präsentation der zentralen Ergebnisse: Zum einen werden in *Kapitel 20* die Handlungsoptionen für die zukünftige Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern beschrieben sowie anhand einer strukturierten und differenzierten Tabelle dargestellt. Zum anderen finden sich in *Kapitel 21* ausformulierte Handlungsempfehlungen.



## Kurzzusammenfassung

Ziel des vierten und abschließenden Teils des Gutachtens ist es, auf Grundlage der vorherigen Teile und Ergebnisse einen umfangreichen **Katalog an Handlungsoptionen** zur zukünftigen Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern aufzuzeigen und darüberhinausgehend die aufgeführten Maßnahmen zu **Handlungsempfehlungen** zu verdichten.

Begleitet von der iterativen Integration von Teilergebnissen wurden ein Expert:innenworkshop zur Ableitung von Handlungsoptionen sowie abschließend Konsultationen von Expert:innen zur Ergänzung und Validierung der Handlungsoptionen sowie Ableitung der Handlungsempfehlungen durchgeführt.

Es konnte eine Vielzahl an Maßnahmen, die zur Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung unter Berücksichtigung des Pflegepersonalmangels beitragen, aufgezeigt werden. Aus einem umfänglichen Katalog an Handlungsoptionen wurden zunächst elf Handlungsfelder gebildet. Diese wurden wiederum zu vier Handlungsempfehlungen verdichtet: (1) **Führung, Verantwortung und Kommunikation** gilt es **für die Pflege neu zu denken**. Hierunter fallen das Ausbilden klarer Rollenbilder, das Empowerment von Pflegekräften, das Schaffen einer Führungskultur mit partizipativem Ansatz und die Berücksichtigung des Pflegestandpunktes bei strukturellen Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung. (2) **Selbstwirksamkeit und Kompetenz** von Intensivpflegekräften gilt es **durch Aus- und Weiterbildung zu steigern**. In einem ersten Schritt sind Berufsbilder und Ausbildungswege konkret aufeinander abzustimmen. Bereits bestehende Potentiale der generalistischen Ausbildung sollten unter dem Aspekt des Nutzens der Intensivstationen für praktische Erfahrungen ausgeschöpft werden. Durch eine Erweiterung der Ausbildungsangebote können die spezifischen Rollen mit konkreten Kompetenzen verbunden werden. Rechte und Pflichten zur Nutzung von Weiterbildungsangeboten sollten eingeräumt bzw. auferlegt werden. (3) Die **Work-Life-Balance** sollte **als zentrales Leitbild für den Reformprozess** etabliert werden. Hierunter fallen eine umfassende Reform der Arbeitszeitregelungen, der Ausbau des sozialen Arbeitsumfelds, eine leistungsgerechte Vergütung sowie das Nutzen von Digitalisierungspotenzialen. (4) Darüber hinaus sollte die Pflege als zentraler Baustein der grundsätzlichen Reformen im Gesundheitswesen anerkannt werden. Dies impliziert die Berücksichtigung von Vorhaltekosten bei der Krankenhausfinanzierung, die Stärkung des Qualitätswettbewerbs, das Etablieren sektorenübergreifender Beschäftigungsmodelle sowie das Verbessern des Gefahren- und Gesundheitsschutzes.

## 17 Zielsetzung

Ziel des vorliegenden Teils des Gutachtens ist es zum einen, auf Grundlage der vorherigen Ergebnisse aus *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung*, *TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren* sowie *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews* einen Katalog an **Handlungsoptionen** und zur zukünftigen Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung unter Berücksichtigung des Pflegefachkräftemangels strukturiert aufzuzeigen, mithilfe von Expert:innen zu validieren und zu ergänzen. Dabei sollen die Handlungsoptionen den unterschiedlichen Zieldimensionen zugeordnet werden – wobei jeweils zunächst auf die kurz-, dann auf die mittel- und schließlich auf die langfristigen Handlungsempfehlungen eingegangen wird. **Kurzfristige** Optionen umfassen die Maßnahmen, welche noch innerhalb dieser Legislaturperiode in Bayern, d. h. bis zum Jahr 2023, umgesetzt werden können. **Mittelfristige** Handlungsempfehlungen hingegen decken den Zeitraum der nächsten Legislaturperiode in Bayern, d. h. 2023 bis 2028, ab. **Langfristige** Handlungsempfehlungen beschreiben diejenigen Optionen, welche über den Zeitraum der nächsten Legislaturperiode in Bayern hinausgehen und überdies den Verantwortungsbereich verschiedener Stakeholder auch außerhalb Bayerns betreffen. Zum anderen soll in diesem Zuge der breite Katalog an Handlungsoptionen und zu einer übersichtlichen Anzahl an **Handlungsempfehlungen** verdichtet werden.

## 18 Rekapitulation der Teilergebnisse und Implikationen der COVID-19-Pandemie

In *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung* wurde eine komparative Analyse der stationären und intensivmedizinischen Versorgung in Bayern, Deutschland und international durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die bevölkerungsbezogene Anzahl der Krankenhaus- sowie Intensivbetten in Bayern zwar geringfügig niedriger war als in Deutschland, jedoch lag Bayern auch bei den stationären sowie intensivmedizinischen Fällen unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Im Ergebnis war die Bettenauslastung in Bayern geringer als in Deutschland, in der Intensivmedizin jedoch leicht höher. Darüber hinaus konnten Unterschiede in der Erreichbarkeit von Kliniken zwischen städtischen und ländlichen Regionen in Bayern festgestellt werden. Bei der Betrachtung der personellen Kapazitäten fällt auf, dass in Bayern und Deutschland nahezu gleich viele Vollzeit-Pflegekräfte je Krankenhausbett zur Verfügung stehen. Insgesamt zeigte sich jedoch in den letzten Jahren ein sich verschärfender Personalmangel in der Intensivpflege, welcher dazu beiträgt, dass die intensivmedizinischen Betten nicht vollständig betrieben werden können. Im internationalen Vergleich stellt sich heraus, dass sich sowohl die stationären als auch die intensivmedizinischen Kapazitäten in Deutschland und Bayern besser als der OECD-Durchschnitt darstellen. Bei den exemplarisch betrachteten Indikatoren für die Ergebnisqualität zeigte sich ein ambivalentes Bild für Deutschland.

*TEIL II: Systematischer Literaturreview* fokussierte sich einerseits auf Fragen nach möglichen Gründen für die Fluktuation von (intensivmedizinischen) Pflegekräften. Andererseits standen Möglichkeiten zur Bindung und Gewinnung neuer Pflegekräfte im Fokus. Die in der wissenschaftlichen Literatur dargestellten Gründe für die Fluktuation beziehen sich sowohl auf die Organisationsebene und umfassen die Arbeitsbedingungen (z.B. Führung, personelle Unterbesetzung, Bezahlung, Schichtdienst) als auch auf die daraus resultierenden Arbeitsbelastungen (bspw. das Arbeitsumfeld, kollegiale Beziehungen oder die Vereinbarkeit von Familie und Beruf). Diese arbeitsbezogenen Belastungen wiederum gehen auf der Individualebene mit physischen, psychischen, mentalen, sozialen und emotionalen Belastungen einher. In diesem Kontext kommt jedoch nicht nur das Ursache-Wirkungs-Prinzip zum Tragen – vielmehr ist festzustellen, dass sich die einzelnen Gründe der unterschiedlichen Ebenen auch gegenseitig bedingen. Es zeigte sich zudem, dass die COVID-19-Pandemie zur Verschärfung vieler zur Fluktuation führenden Faktoren geführt oder diese verstärkt hat.

Im Rahmen von *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews* war es möglich, Lösungsansätze, die in der Literatur identifiziert wurden, zu bewerten und zu konkretisieren. Zudem konnten die publizierten Ansätze um weitere Lösungsoptionen ergänzt werden. Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass die wesentlichen Aussagen aus der Literaturrecherche durch die Expert:innen bestätigt und noch weiter vertieft werden. So werden auch im Rahmen der Interviews das Fehlen einer leistungsorientierten und qualifikationsentsprechenden Bezahlung, planungssicherer Dienstpläne und Transparenz in der Führungsebene, die zur Unzufriedenheit der Pflegekräfte führen, als zentrale Fluktuationsgründe herausgestellt. Als mögliche Maßnahmen für die Mitarbeiter:innenbindung wird neben der interprofessionellen Zusammenarbeit etwa die Stärkung der Resilienz angeführt. Beide Aspekte werden positiv mit der Arbeitszufriedenheit und einem positiven Arbeitsklima assoziiert. Zur Gewinnung neuer Pflegekräfte gilt es grundsätzlich die Attraktivität der Profession zu verbessern. Darunter zählen z.B. flexible Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, das Aufzeigen klarer Karrieremöglichkeiten, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Arbeitsplatzsicherheit.

Nachstehend werden – wie an weiteren Stellen im Gutachten – Lessons Learned aus der COVID-19-Pandemie reflektiert. Dazu fassen die folgenden Absätze knapp Publikationen der Autoren des vorliegenden Gutachtens zusammen und referenzieren auf diese Veröffentlichungen.

In Krisensituationen treten die Schwachstellen des Gesundheitssystems deutlich hervor. Diese trifft im Kontext der COVID-19-Pandemie vor allem auf die intensivmedizinische Versorgung zu: Fehlende Kapazitäten, Personalengpässe und nicht verfügbare Schutzausrüstungen führten zur Überlastung der Pflegekräfte (vgl. hierzu auch *Abschnitt 9.2.2*). Es gilt grundlegende strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Diese umfassen auch eine die Sektorengrenzen überwindende, stärker integrierte und sich am Bedarf der Patient:innen orientierende Versorgung sowie das interprofessionelle Zusammenwirken (vgl. Nagel 2021).

Eine weitere Erkenntnis aus der COVID-19-Pandemie betrifft Anreize und Fehlanreize. Zeitweise wurde versucht, fehlenden Kapazitäten durch finanzielle Anreize für die Kliniken – bspw. durch Erhalten von 50.000 € für jedes zusätzlich mobilisierte bzw. vorgehaltene Intensivbett, das technisch für die maschinelle Beatmung ausgerüstet ist – entgegenzuwirken. Zudem wurden Kliniken aufgefordert, planbare Krankenhausaufenthalte, Interventionen, etc. zu verschieben. Im Gegenzug wurde ein finanzieller Ausgleich – eine Freihaltepauschale – ausgezahlt. Diese Regelung stellte sich als ungenau heraus. In entsprechenden Analysen fielen Überkompensationen von Erlösausfällen auf, die mitunter zu unnötigen Freihaltungen geführt hatten (vgl. Nagel et al. 2022; Negele et al. 2021).

## 19 Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung eines Katalogs an Handlungsoptionen und die Formulierung von Empfehlungen basiert zum einen auf den Ergebnissen von *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung* sowie insbesondere von *TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren* und *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews*. Zum anderen dient ein Expert:innenworkshop sowie eine abschließende Konsultation von Expert:innen der Überprüfung, Schärfung und Ergänzung. Entsprechend ist eine iterative Aufbereitung und Integration von Teilergebnissen für die Konsolidierung der Handlungsoptionen und Empfehlungen notwendig.

Dieser im Rahmen eines internen, informellen Konsensverfahrens umgesetzter Prozess wird nachstehend (19.1) dargestellt. Anschließend folgt die Beschreibung des Expert:innenworkshop mit Teilnehmer:innen unterschiedlicher Professionen zur Entwicklung von kurz-, mittel- und langfristigen Handlungsoptionen (19.2). Schließlich werden die abschließenden Expert:innenkonsultationen, die zum einen der Ergänzung, Bewertung und Schärfung der Handlungsoptionen und zum anderen als Basis für die Ableitung der Empfehlungen dienen, beschrieben (19.3).

### 19.1 Übersicht und iterative Integration von Teilergebnissen

Die Entwicklung von Handlungsoptionen und -empfehlungen basiert – wie beschrieben – auf den Ergebnissen der vorstehenden Teile des Gutachtens sowie auf den Ergebnissen des Expert:innenworkshops und der abschließenden Konsultationen, die Gegenstand des vorliegenden Teils des Gutachtens sind. Für diesen Entwicklungsprozess ist es notwendig, Teilergebnisse in verschiedenen Projektphasen zu integrieren und für den nächsten Schritt aufzubereiten.

Dieses iterative Vorgehen zur Integration der Teilergebnisse wird nachstehend in *Abb. 25* grafisch dargestellt. Neben beständigen Arbeiten wurde dezidiert nach dem Expert:innenworkshop und nach der Expert:innenkonsultation das iterative Verfahren durchlaufen. Insbesondere Arbeitstreffen der am Projekt beteiligten Personen und informelle Konsensverfahren wurden dafür genutzt.

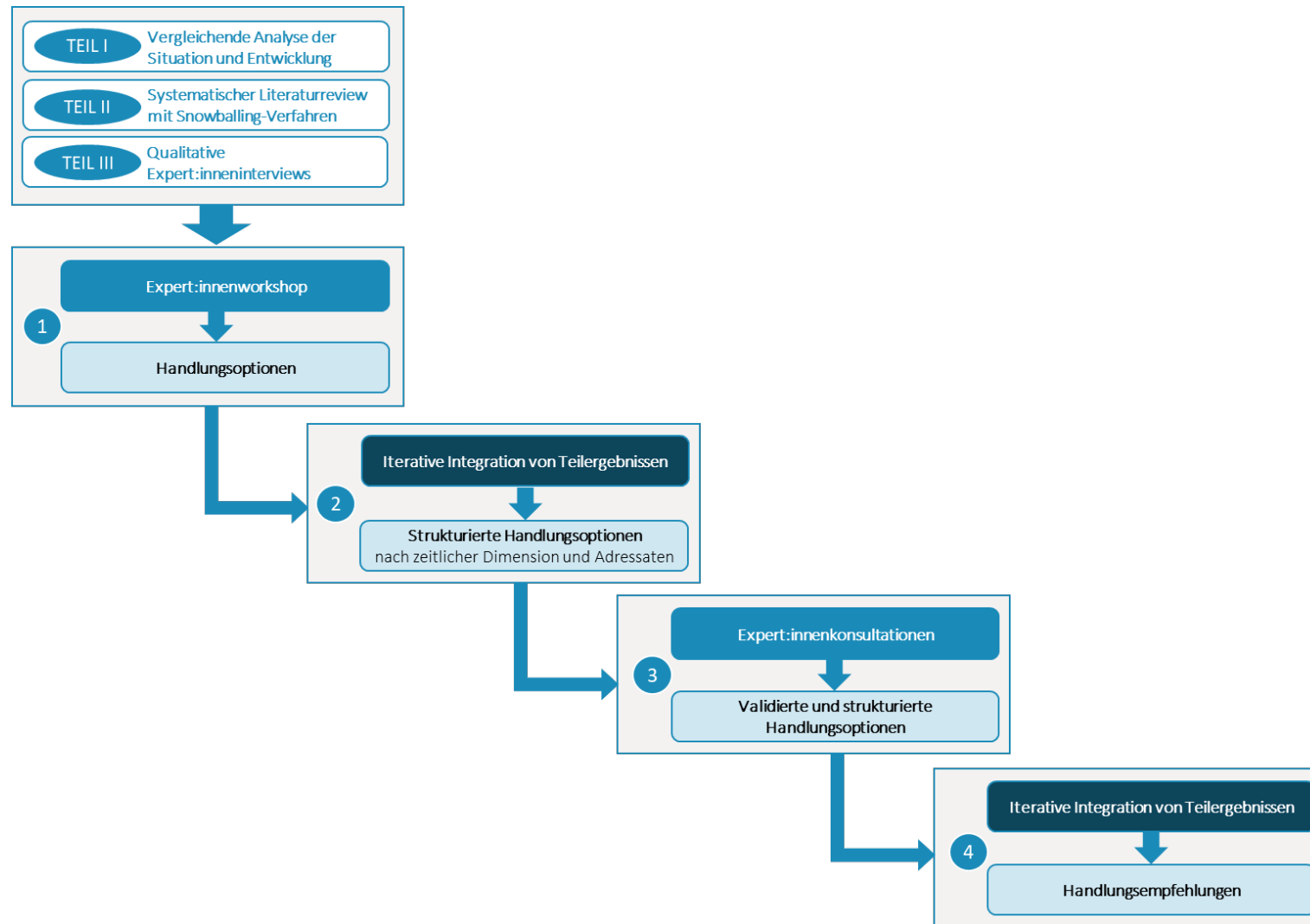


Abb. 25 Übersicht über das methodische Vorgehen zur Ableitung der Handlungsoptionen und -empfehlungen

Quelle: Eigene Darstellung



## 19.2 Expert:innenworkshop zur Identifikation von Handlungsoptionen

Zum Ableiten erster Handlungsoptionen fand am 09. September 2022 ein Expert:innenworkshop mit zwölf Wissenschaftler:innen und Praxisexpert:innen per MS Teams-Konferenz statt. Die Teilnehmer:innen entstammen den nachstehenden Professionen und Fachrichtungen, sodass unterschiedliche Perspektiven im Rahmen des Workshops berücksichtigt werden können:

- Pflegekraft Anästhesie und Intensivmedizin, Praxisanleitung (3x)
- B. A. Medizinpädagogik, Lehrkraft +Pflegekraft Intensivmedizin
- B. A. Pflegepädagogik, Pflegekraft
- M. A. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung
- M. Sc. Gesundheitsförderung, Physiotherapeutin
- M. Sc./B.Sc. Gesundheitsökonomie (3x)
- M. Sc. Sportwissenschaften, Betriebliche:r Gesundheitsmanager:in
- M. Sc. Religionswissenschaften

Nach kurzer Vorstellung der Teilnehmer:innen und Präsentieren der Zielsetzung des Gutachtens im Allgemeinen und des Workshops im Spezifischen erfolgte ein Gang durch die aktuellen Erkenntnisse zum Status Quo der intensivmedizinischen Versorgung (siehe *TEIL I: Vergleichende Analyse der Situation und Entwicklung*), dem Literaturreview (siehe *TEIL II: Systematischer Literaturreview*) und den bereits geführten qualitativen Expert:inneninterviews (siehe *TEIL III: Qualitative Expert:inneninterviews*). Auf Grundlage der Erkenntnisse folgte eine Diskussion und ein interaktives Erarbeiten von Optionen zur Verbesserung und Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern.

Zur visuellen Darstellung wurde das miro Board genutzt, in dem während des Workshops die diskutierten Handlungsoptionen erfasst und den zeitlichen Dimensionen zugeordnet werden konnten. Gleichzeitig wurde dadurch ebenfalls die Möglichkeit gegeben, die zentralen Erkenntnisse auch während der Diskussion anzusehen.

*Abb. 26* zeigt die wesentlichen Ergebnisse des Expert:innenworkshops als Auszug des miro Boards auf. Das vollständige miro Board kann *Anhang 4* entnommen werden. Eine weitere Strukturierung der Maßnahmen und das Zusammenführen der Teilergebnisse erfolgte im Rahmen der beschriebenen iterativen Integration durch sechs am Gutachten beteiligte Wissenschaftler:innen.

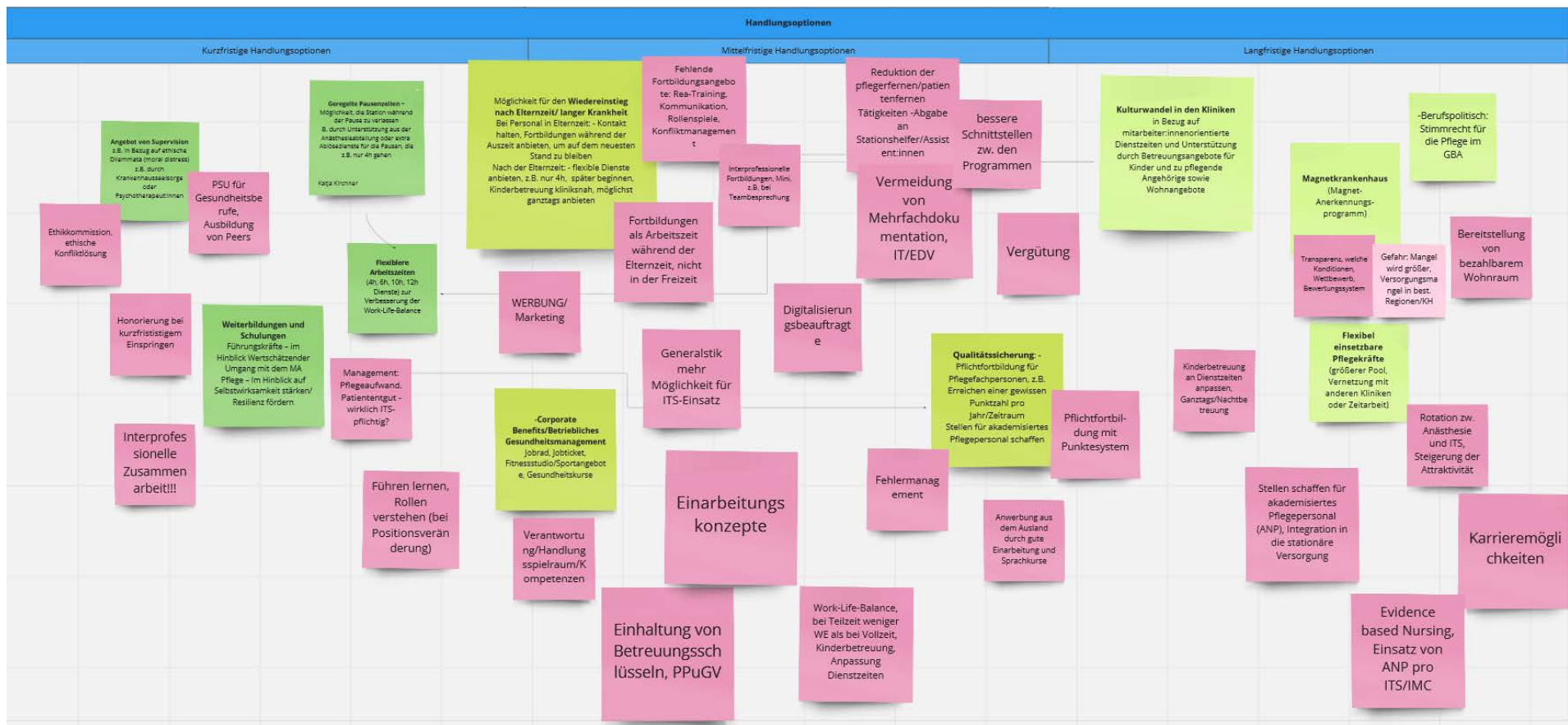


Abb. 26 Ergebnisse des Expert:innenworkshops, dargestellt als Ausschnitt aus dem miro Board

Quelle: Eigene Darstellung

## 19.3 Abschließende Konsultation von Expert:innen zur Ableitung von Handlungsempfehlungen

In einem abschließenden methodischen Schritt wurden im Oktober 2022 Konsultationen mit sechs ausgewählten Expert:innen geführt. Eine Übersicht über die partizipierenden Expert:innen findet sich in *Tab. 10*. Zur namentlichen Nennung wurden schriftliche Einwilligungserklärungen eingeholt.

**Tab. 10** Übersicht der an den Konsultationen partizipierenden Expert:innen

Quelle: Eigene Darstellung

Name	Funktion
Christine Asel-Helmer	Pflegedirektorin, Rotkreuzklinikum München
Dr. Roland Engehausen	Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft
Evi Faltner	General Managerin, Mehrgenerationenhaus Flintsbach
Dr. Nicolai Kranz*	Unternehmensberater für Personalmanagement im Krankenhaus und Interim-Manager, NKC Healthcare – Nicolai Kranz Consulting
Bernhard Krautz	Stabsstelle Professionsentwicklung Pflege, VdPB
Emmi Zeulner	Mitglied des Deutschen Bundestags, Gesundheits- und Krankenpflegerin

\* Mit diesem Interviewpartner wurden Interviews an zwei Terminen geführt.

Ziel der Konsultationen ist es zum einen, die bereits strukturierten Handlungsoptionen in einem diskursiven Verfahren zu validieren und ggf. zu ergänzen. Somit soll sichergestellt werden, dass die auf Grundlage der vorherigen Ergebnisse entwickelten Handlungsoptionen extern begutachtet und einer Qualitätskontrolle unterzogen sind. Zum anderen wird in diesem Rahmen die Grundlage für die weitere Strukturierung und Ableitung der Handlungsempfehlungen geschaffen (vgl. hierzu Schritt 3 in *Abb. 25*). Insgesamt konnten dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege elf Handlungsfelder präsentiert werden. Unter Berücksichtigung eines gemeinsamen Gesprächs konnten im Nachgang in einem projektinternen Konsensverfahren aus den Handlungsfeldern vier konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden (vgl. Kapitel 21.1, 21.2, 21.3 und 21.4).

Die Konsultationen wurden online via Microsoft Teams durchgeführt und digital aufgezeichnet. Mitschriften der Gespräche dienen als Grundlage für die Überarbeitung der Handlungsoptionen und die weitere Strukturierung im Rahmen der iterativen Integration von Teilergebnissen.

## 20 Übersicht über die Handlungsoptionen

Im Folgenden werden die sich aus dem Literaturreview, den Interviews und dem Expert:innenworkshop resultierenden Handlungsoptionen nach zeitlicher Dimension und inhaltlich strukturiert wiedergegeben. Wie sich in den vorherigen Abschnitten zeigt, stellt die Deckung des Personalbedarfs in der Intensivpflege die zentrale Herausforderung für intensivbettenführende Einrichtungen dar. Das übergeordnete Ziel, welches mit den nachfolgenden Handlungsoptionen erreicht werden soll, ist es somit, die **Personalsituation in der Intensivpflege in Bayern durch eine Erhöhung der Attraktivität des Berufsbildes zu verbessern**.

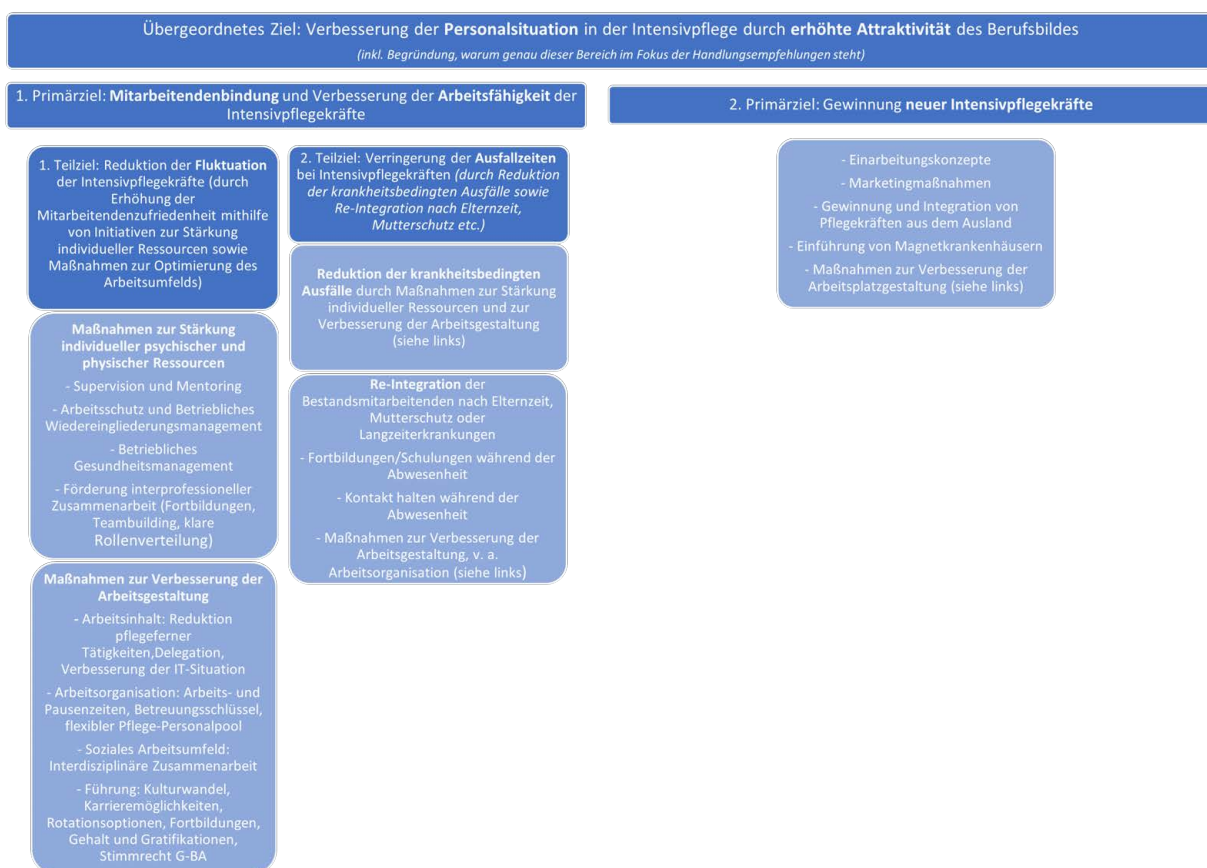


Abb. 27 Übersicht über die Handlungsoptionen

Quelle: Eigene Darstellung

Ebendieses Ziel lässt sich, wie in Abb. 27 dargestellt, in zwei Primärziele untergliedern: So sollen zum einen die Mitarbeitendenbindung sowie die Arbeitsfähigkeit der bereits vorhandenen Intensivpflegekräfte erhöht werden, zum anderen aber auch neue Intensivpflegekräfte gewonnen werden. Die beiden Primärziele lassen sich wiederum in Teilziele aufgliedern. So sollen die höhere Mitarbeitendenbindung und Arbeitsfähigkeit der Intensivpflegekräfte durch eine geringere Fluktuation

sowie kürzere Ausfallzeiten sichergestellt werden. Diese Ziele sollen wiederum durch verschiedene Maßnahmen zur Stärkung physischer und psychischer Ressourcen der Intensivpflegekräfte sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung bzw. Initiativen zu Re-Integration der Bestandsmitarbeitenden nach Elternzeit/Mutterschutz/Langzeiterkrankungen erreicht werden.

Zunächst werden die Handlungsoptionen beschrieben, die auf Maßnahmen zur **Stärkung individueller psychischer und physischer Ressourcen** der Intensivpflegekräfte abzielen.

Arbeitsfähigkeit wird in Anlehnung an Ilmarinen/Lehtinen (2004) als Fähigkeit zur Bewältigung der physischen und psychischen Belastungen durch die Arbeit definiert. Sie ist nicht nur abhängig von den Charakteristika der Arbeitsgestaltung, d. h. dem Arbeitsinhalt und der -organisation, dem sozialen Arbeitsumfeld und der Führung, sondern auch von individuellen Ressourcen, wie körperlichen, mentalen sowie sozialen Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz, Werten und Motivation. Da der Umgang mit berufsbedingten Belastungsfaktoren einen wichtigen Faktor für die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit ebenso wie für die mittel- bis langfristige Berufsfähigkeit darstellt, ist es von zentraler Bedeutung, die individuellen Ressourcen der Intensivpflegekräfte zu stärken (vgl. Cichocki et al. 2015).

Im Folgenden werden **kurzfristige Handlungsoptionen** aufgeführt, um die individuellen psychischen und physischen Ressourcen der Intensivpflegekräfte zu verbessern:

Um die Resilienz der Intensivpflegekräfte zu verbessern und Moral Distress entgegenzuwirken, sollten flächendeckende **Supervisionsangebote** in allen intensivbettenführenden Einrichtungen angeboten werden. Die Supervisionsangebote umfassen zum einen die Unterstützung bei teaminternen Konflikten und individuellen psychischen Belastungen, zum anderen aber auch die Unterstützung bei ethischen Dilemmata im Berufsalltag. Dabei können externe Supervisor:innen ebenso wie interne Fachkräfte, z. B. Krankenhausseelsorger:innen, psychologische oder ärztliche Psychotherapeut:innen, Mitglieder von Ethikkommissionen oder speziell ausgebildete Kolleg:innen zum Einsatz kommen.

*Die konsultierten Expert:innen sprachen sich ebenfalls für das Schaffen von Supervisionsangeboten aus. Ein:e externe:r Supervisor:in kann dabei unabhängig agieren.*

Ein konkretes Beispiel für eine Initiative zur Förderung psychischer Ressourcen von Intensivpflegekräften durch interne Mitarbeitende der Einrichtung ist der Verein PSU Akut e.V., welcher Organisationsbegleitung und Prozessbegleitung bei Projekten zur Förderung von psychischer Gesundheit und Krisenkompetenz, zum Aufbau psychosozialer Unterstützungsangebote ebenso wie zur Entwicklung und Einführung von Strukturen der kollegialen Unterstützung in Krankenhäusern anbietet (vgl. PSU e. V. 2022).

Darüber hinaus zeigte sich bei Davey et al. 2020, dass durch **Mentoring-Programme**, bei denen erfahrene Pflegekräfte als Ansprechpartner:innen für Berufseinsteiger:innen zur Verfügung stehen, die Resilienz

und das Wohlbefinden von Berufseinsteiger:innen in der Pflege ebenso wie deren berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erhöht werden konnten.

*Dies betont eine konsultierte Untersuchungspartner:in. Ein gutes „Onboarding“ sei elementar um das Personal zu binden und die Zufriedenheit zu stärken (vgl. Faltner).*

Somit könnte von den Verantwortlichen in den intensivbettenführenden Einrichtungen ebenso wie von politischen Verantwortungsträgern geprüft werden, ob die – ggf. auch flächendeckende – Einführung eines Mentoring-Programms in der Pflege zielführend sein könnte.

Darüber hinaus müssen hier jedoch kurz- bis mittelfristig adäquate **Einarbeitungskonzepte** für neue Mitarbeitende erarbeitet werden, um einen möglichst reibungslosen Start in den Beruf zu ermöglichen. Entsprechendes gilt für Mentoring-Programme und Fortbildungsangebote für bereits eingearbeitete Mitarbeiter:innen. Die Verantwortung dafür obliegt Pflegedienst- bzw. Stationsleitungen. Den Pflegekräften und der Klinikleitung werden Teilverantwortlichkeiten zugesprochen.

Im Zusammenhang mit der Stärkung individueller Ressourcen ist ferner die **konsequente Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen**, insbesondere auch der psychischen Gefährdungsbeurteilung, welche seit 2013 im Arbeitsschutzgesetz verankert ist, von Bedeutung: Sie verpflichtet Arbeitgeber:innen, die psychischen Belastungen ihrer Mitarbeitenden bei deren Tätigkeiten zu beurteilen, zu dokumentieren und ihnen durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes entgegenzuwirken (§§ 1, 3, 5, 6 ArbSchG). Auch das **Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement**, welches nach § 84 Abs. 2 SGB IX für alle Mitarbeitenden, die mehr als 42 Tage innerhalb eines Jahres krankheitsbedingt ausgefallen sind, angeboten wird, stellt eine wichtige Säule dar, um Pflegekräften nach einer Erkrankung den Einstieg in den beruflichen Alltag zu erleichtern und sollte somit von Stations-/Pflegedienstleitungen ebenso wie von den Geschäftsführenden der Einrichtungen gefördert werden. Auch Mitarbeitende selbst sollten dafür sensibilisiert werden, dass das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement eine sinnvolle Maßnahme ist, um langfristig im Beruf wieder voll belastbar zu sein.

Darüber hinaus stellt die Einführung eines **Betrieblichen Gesundheitsmanagements** eine wertvolle Maßnahme dar, um die psychische und physische Gesundheit der Intensivpflegekräfte zu fördern. Die besonders hohe Relevanz für die Zielgruppe der Intensivpflegekräfte ergibt sich daraus, dass der subjektive Gesundheitszustand in dieser Berufsgruppe im Vergleich zu beispielsweise ärztlichen Kolleg:innen schlechter eingeschätzt wird. Neben Herausforderungen in Bezug auf die Arbeitsgestaltung, wie Wochenenddiensten, stellen insbesondere Overcommitment oder die Einnahme von Medikamenten negative Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit dar (vgl. Raspe et al. 2020). Gleiches gilt auch für eine geringe Schlafqualität, welche zu einem erhöhten Risiko für das Fernbleiben der Arbeitsstätte führte (vgl. Sagherian et al. 2017). Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, welche sich auf die Stärkung psychischer Ressourcen, wie Resilienz, und

insbesondere auf die Verbesserung der Schlafqualität konzentrieren, könnten ebendiesen Problemen entgegenwirken. Zu diesen zählen beispielsweise Psychoedukation, körperliche und kognitive Entspannungstechniken, Maßnahmen zur Stressbewältigung, Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und schlafförderlichen Verhaltensweisen (Schlafhygiene) (vgl. Weeß 2022). Durch eine höhere Resilienz, die durch verschiedene Maßnahmen angestrebt wird, könnten außerdem psychische Erkrankungen, wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angstzustände oder ein Burnout-Syndrom, bei Intensivpflegekräften reduziert werden, sodass krankheitsbedingten Ausfällen von Intensivpflegekräften entgegengewirkt werden kann (vgl. Srikesavan et al. 2022; Ooms et al. 2022). Das Anbieten eines eigenen Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Mitarbeiter:innen der Intensivpflege scheint zielführend. Durch regelmäßige Bedarfs- und Bedürfnisanalysen – wie beispielsweise im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf – können Maßnahmen zielgruppenspezifisch geplant und implementiert werden. Das Angebot des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann weiterhin wissenschaftlich evaluiert werden. So kann ein Regelkreis entstehen, der wieder in Bedarfsanalysen resultiert. Hierdurch können sowohl Zielgruppenspezifika als auch mögliche regionale Unterschiede zwischen den Bedürfnissen der Pflegekräfte berücksichtigt werden (vgl. Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf 2021).

*Das Einbeziehen der Pflegekräfte betonen vier der konsultierten Expert:innen (Asel-Helmer, Engehausen, Krautz, Zeulner). Entsprechende Angebote sollten zügig geschaffen werden, um der Personalknappheit entgegenzuwirken.*

Derzeit haben Arbeitgeber:innen lediglich die Pflicht, die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer:innen zu gewährleisten und sich für die Gesunderhaltung aller Mitarbeiter:innen zu engagieren, die länger und häufiger krank sind. Sie sind jedoch nicht dazu verpflichtet, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in ihren Betrieb zu implementieren. Allerdings wurden die Krankenkassen mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Anfang 2019 dazu verpflichtet, zusätzliche Mittel für Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern sowie (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten bereitzustellen. Die Verantwortlichkeit für die Einführung bzw. den Ausbau derartiger Angebote liegt zunächst bei den Geschäftsführer:innen sowie Personal- und Pflegedienstleitungen der Einrichtungen selbst: Sie müssen obige Unterstützungsangebote zur Verfügung stellen und die Mitarbeitenden darüber informieren. Dem Bedarf, neben den gesetzlichen Krankenkassen auch die Unternehmen bzw. Kliniken zu einer zielgruppenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verpflichten, sollte nachgekommen werden. Eine Teilverantwortung wird der Bundespolitik zugesprochen. So obliegt beispielsweise die Verantwortung für die Einführung von rechtlichen Konsequenzen bei einer fehlenden Umsetzung der psychischen Gefährdungsbeurteilung und deren konsequente Nachverfolgung bei politischen Akteuren. Auch die verpflichtende Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements oder von Supervisionsangeboten könnte durch die Politik umgesetzt werden.

Ferner führt auch die **Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit** zwischen Pflegenden und Mediziner:innen zu einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes und zu einer Reduktion des Burnout-Risikos (vgl. Raspe et al. 2020). Die Fokussierung auf die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist insbesondere deshalb von zentraler Bedeutung, weil eine subjektiv wahrgenommene schlechte Zusammenarbeit zwischen Mediziner:innen und Pflegekräften ein Prädiktor für die Wahrnehmung einer unvorteilhaften Behandlung war. Diese steht wiederum im Zusammenhang mit Burnout-Erkrankungen und kann ferner die Kündigungsbereitschaft erhöhen (vgl. Schmidt et al. 2020). Somit stellen auch Initiativen zur Optimierung der interdisziplinären Kooperation und Kommunikation, wie beispielsweise interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen zu den Themenbereichen Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation sowie Konflikt-/Fehlermanagement, aber auch Teambuilding-Maßnahmen, wertvolle Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden dar (vgl. u. a. Zaheer et al. 2018; Walmsley et al. 2018). Exemplarisch kann das „Regensburger Modell“ angeführt werden, für das sich bereits im Jahr 2016 im Universitätsklinikum Regensburg entschieden wurde. Hierbei steht die Verbesserung der Beziehung und Kommunikation zwischen Pflege und Medizin im Vordergrund. Durch das Zusammenarbeiten aller Disziplinen (Ärzt:innen, Pfleger:innen und Verwaltung), bspw. in Form von sogenannten Tafelbesprechungen und gemeinsamen Visiten, der Synchronisierung der ärztlichen und pflegerischen Abläufe, der Teilnahme aller an der Patient:innenversorgung beteiligten Berufsgruppen an der Schichtübergabe, Team-Time-Outs etc., können Synergien geschaffen werden. Neue Ärzt:innen durchlaufen in ihren ersten Tagen den Pflegealltag. Auch im Rahmen der Ausbildung sind Interprofessionalität und Interdisziplinarität von Relevanz: So sind bspw. Lehrveranstaltungen für Medizinstudierende auch Pflegeauszubildenden zugänglich, wodurch beide Berufsgruppen profitieren können (vgl. Konnegon 2022).

*Auch die konsultierte Expertin Faltner konstatiert, dass die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zielführend sei und die Zufriedenheit gestärkt werde.*

Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit gilt es als Grundvoraussetzung dafür die **interprofessionelle Ausbildung** zu fördern.<sup>2</sup> Das Projekt „Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Neonatologie – Gemeinsam einen guten Start ermöglichen (IPANEO)“ kann als exemplarisches Projekt angeführt werden, das von 2019 bis 2020 an der Klinik für Neonatologie der München Klinik Schwabing durchgeführt wurde. Hierbei wurde die am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Freiburg konzipierte und erfolgreich durchgeführte Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Pädiatrie (IPAPÄD) übertragen. Medizin-Studierende im Praktischen Jahr und

---

<sup>2</sup> Zur Förderung der interprofessionellen Ausbildung bieten sich auch Kooperationen wie bspw. die „TechnologieAllianzOberfranken“ an. Studiengänge, die an den beteiligten Hochschulen angeboten werden, könnten – unter Beteiligung der Pflege – im Sinne einer interdisziplinären Ausbildung zusammengeführt werden.



Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege im zweiten Ausbildungsjahr versorgen als interprofessionelle Teams Patient:innen selbstständig in Begleitung geschulter ärztlicher und pflegerischer Lernbegleiter:innen (vgl. Berberat et al. 2020). Ein weiteres erfolgreiches Projekt, welches die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Mediziner:innen und Pflegenden bereits während ihrer Ausbildung fördert, ist die Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation „HIPSTA“ an der Chirurgischen Klinik. Dort werden Patient:innen von Medizinstudierenden im chirurgischen Teil des Praktischen Jahres und von Krankenpflegeauszubildenden im dritten Ausbildungsjahr gemeinsam und selbstverantwortlich mit Unterstützung von Lehrbeauftragten, Praxisanleiter:innen und benachbarten Stationsteams betreut (vgl. Universitätsklinikum Heidelberg 2022; Mihaljevic 2018).

Durch eine eindeutige **Zuweisung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten** innerhalb der interdisziplinären Teams werden klare Rollenbilder geschaffen, was sich ebenfalls positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt. Bei der Umsetzung der genannten Maßnahmen – Förderung der Zusammenarbeit und Schaffen klarer Rollenbilder – tragen nicht nur ärztliche und medizinische Führungskräfte Verantwortung. Interprofessionelle Kompetenzen und klare Rollenbilder können darüber hinaus bereits im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden. Die Verantwortung für die Vermittlung solcher Kompetenzen obliegt den Ausbildungsstätten. Pflege- und Führungskräfte sind gleichermaßen verantwortlich, die klaren Rollenbilder in der Praxis einzuhalten.

Nachdem sich die bisher aufgeführten Handlungsoptionen auf die Stärkung individueller psychischer und physischer Ressourcen konzentrieren, liegt der Fokus bei den folgenden **Maßnahmen auf der Verbesserung der Arbeitsgestaltung**. Dabei wird zuerst auf Handlungsoptionen eingegangen, welche sich auf den **Arbeitsinhalt** konzentrieren, ehe auf Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation eingegangen wird. Im Anschluss daran werden Handlungsoptionen für das soziale Arbeitsumfeld thematisiert, bevor abschließend Maßnahmen im Bereich der Mitarbeitendenführung beschrieben werden.

Mittelfristig könnte die **Reduktion der pflege- bzw. patientenfernen Tätigkeiten** bzw. deren Delegation an Stationshelfer:innen bzw. Assistent:innen zu einer Entlastung der Intensivpflegekräfte führen. Dabei ist, wie bereits im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben, die Definition von klaren Verantwortlichkeiten von zentraler Bedeutung. Auch ein Bestellsystem, mit dem Waren sowie die Verpflegung der Patient:innen geordert werden können, könnte zu einer Entlastung der Intensivpflegekräfte führen. Daneben stellt die Einführung eines Hol- und Bringservices vor allem in peripheren Stationen eine wertvolle Handlungsoption dar: Dadurch kann der erhebliche zeitliche Aufwand, welcher bei Intensivpflegekräften für die Abholung von Patient:innen aus dem OP, aber auch für die Abholung von Medikamenten oder Post anfällt, reduziert werden, sodass die Intensivpflegenden mehr zeitliche Ressourcen für ihre Kerntätigkeiten zur Verfügung haben.

Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz können bereits seit 2020 pflegeentlastende Maßnahmen durch die Kostenträger finanziert werden, pflegeentlastende Tätigkeiten werden bis zu einem Anteil von 4 % bei der Ermittlung des Pflegebudgets berücksichtigt. Zur weiteren Entlastung der Pflegekräfte im Krankenhaus von pflegefremden Tätigkeiten setzt sich Bayern beim Bund insoweit ein, dass die aktuell geltende Obergrenze für die Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen beim Pflegebudget von derzeit 4 % auf 10 % angehoben werden soll. Bund und Selbstverwaltung sind aufgerufen, die regulatorischen Vorgaben so zu steuern, dass die Pflegekräfte zielgerichtet entsprechend ihrer Profession eingesetzt und von pflegefernen Bereichen effektiv entlastet werden können. Weiterhin liegt die Verantwortung der Entlastung im Zusammenhang mit der Delegation von Leistungen bei den Geschäftsführungen sowie Intensivpflegedienstleitungen.

Eine weitere – auch von den befragten Expert:innen befürwortete – Handlungsoption, welche sich auf die Arbeitsinhalte und -organisation konzentriert und mittelfristig umgesetzt werden könnte, ist die **Verbesserung der IT in der Intensivpflege**. So könnte durch die Vermeidung von Mehrfachdokumentationen sowie bessere Schnittstellen zwischen den Programmen ein Bürokratieabbau stattfinden und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöht werden (vgl. Ansmann et al. 2021). Ebenfalls die Einführung von KI-unterstützten Technologien in der Dienstplanung könnte mittel- bis langfristig hilfreich sein, um die individuellen Präferenzen der Mitarbeitenden bestmöglich berücksichtigen und die Stations-/Pflegedienstleitung gleichzeitig entlasten zu können. So sollte beispielsweise in dem Projekt KI-Peps, welches von 11/2019 bis 10/2022 umgesetzt und von Mitteln des Landes NRW sowie der EU gefördert wurde, untersucht werden, wie Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die Verwendung von KI und maschinellem Lernen in der mittelfristigen Personaleinsatzplanung und der kurzfristigen Einsatzsteuerung unterstützt werden können. Das im Rahmen dieses Projektes entstandene KI-System könnte als praxiserprobter Prototyp dienen, welcher in der weiteren Anwendung im stationären Sektor kontinuierlich evaluiert und verbessert werden könnte (vgl. eGesundheit.nrw 2022). Die Verantwortlichkeit für derartige Maßnahmen obliegt dabei primär den Geschäftsleitungen der intensivbettenführenden Einrichtungen, welche gemeinsam mit den Intensivpflegekräften und den IT-Mitarbeitenden ihrer Einrichtung Lösungen zur Prozessoptimierung erarbeiten sollten. Auch die Einführung von Digitalisierungsbeauftragten könnte in diesem Zusammenhang hilfreich sein. Voraussetzung für die Inanspruchnahme digitaler Unterstützungsangebote ist der weitere Breitbandausbau. Insbesondere ländliche Gebiete gilt es zu erschließen. Im Rahmen des Bundesförderprogramms Breitband soll der flächendeckende Ausbau mit Gigabit-Netzen bis 2025 erfolgen. Von dem Programm sollen vor allem Regionen profitieren, in denen der Ausbau nicht wirtschaftlich ist und dieser daher durch öffentliche monetäre Zuschüsse gefördert werden soll (vgl. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur BMVI 2022). Maßgeblich verantwortlich für den Ausbau ist die Bundespolitik.

Eine weitere kurzfristige Handlungsoption, welche die Arbeitsorganisation in der Intensivstation verbessern könnte, ist eine **verbesserte Planung der Auslastung der Intensivstation bzw. eine langfristige Personalplanung im Zusammenhang mit elektiven Eingriffen**. Wenngleich bei akuten Aufnahmen von Patient:innen keine Planbarkeit gegeben ist, könnte die Personalplanung bei Patient:innen mit elektiven Eingriffen ggf. länger im Voraus erfolgen. In diesem Zusammenhang ist sorgfältig zu prüfen, welche Patient:innen in welcher Zeitspanne ein Bett auf der Intensivstation belegen müssen bzw. ob oder ab welchem Zeitpunkt ein Bett auf der Intermediate Care Station ausreichend ist.

*In diesem Kontext konstatierte ein Experte, ein Umdenken im Hinblick auf die Vorhaltung von Intensivkapazitäten sei notwendig, um eine adäquate Notfallversorgung sicherstellen zu können. Eine Berücksichtigung von Vorhaltekosten sei denkbar (vgl. Engehausen).*

Die Berücksichtigung von Vorhaltekosten, die durch die Bereitstellung von Kapazitäten entstehen, in der Krankenhausfinanzierung könnte dem aktuell bestehenden Fehlanreiz entgegenwirken. Verantwortlich für die Umsetzung ist die Bundespolitik. Gleichermaßen sind die Kliniken und Führungskräfte in der Verantwortung eine entsprechende Planung umzusetzen.

Die derzeit diskutierte Krankenhausreform sieht die Einführung eines Vorhaltebudgets als weitere Säule der Krankenhausvergütung sowie die Etablierung eines neuen Leistungsangebots in Gestalt einer integrierten ambulant-stationären Versorgung vor. Bayern hat eine DRG-Reform unter Berücksichtigung der Vorhaltekosten gefordert. Im Hinblick auf die Vorhaltung von Pflegepersonalkosten gilt es zu bedenken, dass diese bereits bislang über das Pflegebudget unbegrenzt und vollständig durch die Kostenträger finanziert wurden und damit insoweit bereits bislang eine DRG-behandlungsleistungsunabhängige Finanzierung gewährleistet war. Daran soll nach den aktuellen Konzepten auch nichts verändert werden. Im Gegenteil wird das Pflegebudget als ein Beispiel bisheriger Vorhaltefinanzierung angeführt. Weitreichende Auswirkungen der Vorhaltekostenfinanzierung sind daher für den Bereich der (intensivmedizinischen) Pflege nicht zu erwarten.

Die **Arbeitsorganisation** könnte kurzfristig durch eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten und eine konsequente Umsetzung der Pausenzeiten verbessert werden. Die **Flexibilisierung der Arbeitszeiten**, z. B. die Ermöglichung von 4-/6-/8-/10-/12-Stunden-Schichten in Abhängigkeit von der individuellen Situation der Mitarbeitenden und dem Bedarf auf der jeweiligen Intensivstation, würde die Work-Life-Balance der Intensivpflegekräfte verbessern. Wenngleich bei Intensivpflegekräften, die zu mehr als 75 % in den letzten Tagen in 12-Stunden-Schichten tätig waren, die Wahrscheinlichkeit für eine Krankheitsepisode im Vergleich zu einer Tätigkeit außerhalb des Schichtbetriebs signifikant erhöht war, korrelierten gelegentliche 12-Stunden-Schichten in den letzten 7 Tagen (<25 %) nicht signifikant mit einem erhöhten Krankenstand (vgl. Dall'Orta et al. 2019). Dies könnte u. a. an der geringeren Erholung von Pflegekräften in 12-Stunden-Schichten liegen, für die in einer Studie von Ungard et al. 2019 ein

signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Wenngleich zumindest teilweise ein negativer Zusammenhang zwischen 12-Stunden-Schichten und dem Krankenstand festgestellt werden konnten, stellte sich in einer Studie von Ose et al. 2019 heraus, dass die meisten der teilnehmenden Pflegekräfte positive Erfahrungen mit 12-Stunden-Schichten verknüpften. Nichtsdestotrotz zeigte sich, dass sich die Präferenz der Schichtlänge zwischen den Teilnehmenden u. a. in Abhängigkeit von der individuellen gesundheitlichen und familiären Situation ebenso wie der Toleranz gegenüber der Arbeitsbelastung, dem Grad der Schlafprobleme sowie der Persönlichkeit unterschied. Ebendiese Heterogenität der Präferenzen in Bezug auf die Arbeitszeiten untermauern die Bedeutung von angepassten Arbeitszeitregelungen sowie flexibleren Dienstplangestaltungen zur Verbesserung der Work-Life-Balance der Pflegekräfte. Dabei sollte bei Teilzeitkräften darauf geachtet werden, dass die Wochenenddienste in Relation zu ihrer Wochenarbeitszeit im Vergleich zu Vollzeitkräften reduziert werden, da insbesondere Wochenenddienste die Work-Life-Balance negativ beeinflussen können. Dies untermauert die Deutsche Fachpflege 2022. Unter anderem wird in der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen des Zwei-Schicht-Modells gearbeitet. Auch das in *Abschnitt 9.4* beschriebene Projekt „7/7-Modell“ konnte zeigen, dass die Pflegekräfte aufgrund der besseren Planbarkeit und dem Ausgleich durch Freizeit das Arbeiten sieben Tage am Stück befürworteten (vgl. Deutsche Seniorenstift Gesellschaft (DSG) o. J.). Darüber hinaus konnte unter diesem Modell ein geringerer Krankenstand verzeichnet werden. Durch das Bereitstellen eines Leitfadens zur Einführung des Modells, konnte dieses bereits auf andere Einrichtungen übertragen werden (vgl. Flachenecker Bianca 2021).

Flexible Arbeitszeiten sind auch von zentraler Bedeutung, um Intensivpflegekräfte nach längerer Abwesenheit – z. B. aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit oder Langzeit-Erkrankungen – wieder für die Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen. Dabei sind flexible Dienstzeiten wichtig, die z. B. ab 9 Uhr beginnen, um es Eltern zu ermöglichen, ihre Kinder vor dem Dienst in einer Kinderbetreuungseinrichtung abzugeben. Auch kürzere Dienste können für ebendiese Zielgruppen ein relevanter Faktor sein, um den Wiedereinstieg in den Beruf anzutreten.

*Im Kontext der Flexibilisierung der Arbeitszeiten erwähnten die konsultierten Expert:innen auch die Zeitarbeitskräfte, welchen – häufig im Gegensatz zu angestellten Pflegekräften – flexible Arbeitszeiten durch die Zeitarbeitsfirmen eingeräumt werden können.*

Als verantwortlich für die Umsetzung eines entsprechenden Angebots werden insbesondere die Kliniken und Führungskräfte gesehen. Gleichermäßen gilt es auf Bundesebene die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, um flexible Arbeitszeitmodelle in der Praxis umsetzen zu können. So ist bspw. das Arbeitszeitgesetz anzupassen.

Die **konsequente Gewährleistung von Pausenzeiten** für die Intensivpflegekräfte stellt einen weiteren wesentlichen Bestandteil dar, um die Arbeitsverdichtung und -belastung der Intensivpflegenden zu

reduzieren. So könnte durch die Einführung von kürzeren Ablösediensten, welche die Pausenzeiten abdecken, oder durch Unterstützung aus der Anästhesieabteilung die Möglichkeit für Intensivpflegekräfte geschaffen werden, in der Pause die Intensivstation zu verlassen. Die Inanspruchnahme personeller Unterstützung der Anästhesieabteilung ist jedoch nur möglich, sofern eine entsprechende Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege absolviert wurde. Das in Baden-Württemberg derzeit pilotierte „3+1-Modell“ (für eine Erläuterung des Modells vgl. S. 123) weist hier eine entsprechende Limitation auf. Ob die bestehenden Regelungen insoweit ausreichend sind, wäre vom StMAS zu beurteilen. Von weitaus größerer Bedeutung in der Praxis dürften allerdings die Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen sein, die das erforderliche Pflegepersonal gewährleisten sollen.

Durch das Einhalten von Pausenzeiten kann nicht nur die Mitarbeitendenzufriedenheit erhöht werden, sondern gleichzeitig auch das Risiko von Zwischenfällen, welche die Patient:innensicherheit betreffen, gesenkt werden. So konnten Fagerström et al. 2018 einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung von Pflegekräften und der Anzahl der Zwischenfälle mit Bezug zur Patient:innensicherheit ebenso wie der Patient:innensterblichkeit feststellen. Generell zeigte sich, dass eine subjektiv wahrgenommene hohe Arbeitsbelastung direkte und signifikante Auswirkungen auf die Ergebnisse in der Patient:innenversorgung hatte (vgl. MacPhee et al. 2017).

Die Verantwortung für die konsequente Umsetzung bzw. Einhaltung der Pausenzeiten liegt zum einen bei Pflegedienst- und Stationsleitungen, aber auch bei der Geschäftsführung von intensivbettenführenden Einrichtungen.

*Im Rahmen der Expert:innenkonsultationen wurde sich ebenso für das Einbeziehen der Pflegekräfte in die Dienstplangestaltung und für das Schaffen von Klarheit für Erholung ausgesprochen (vgl. Kranz, Zeulner, Faltner).*

Durch die Landespolitik gilt es entsprechende Regelungen zur Kontrolle der Einhaltung von Pausen zu schaffen.

Ferner wird empfohlen, zumindest mittelfristig konsequent auf die **Einhaltung der Betreuungsschlüssel nach dem PpUGV** zu bestehen, um die Arbeitsbelastung der Intensivpflegekräfte zu reduzieren. Um ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung stellen zu können, könnten Zeitarbeiter:innen in der Pflege sowie Mitarbeitende aus einem **flexiblen Pflegepersonal-Pool** zum Einsatz kommen, welcher stations- oder einrichtungsübergreifend aufgebaut werden müsste. Einen alternativen und neuartigen Ansatz zum PpUGV stellt eine Personalbemessung auf Grundlage der optimalen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals dar – dieser Lösungsansatz könnte mittel- bis langfristig im Rahmen von Pilotstudien in Bayern evaluiert werden. Es sei angemerkt, dass die Einhaltung des Betreuungsschlüssels lediglich eine Maßnahme darstellt, um die allgemeine Arbeitssituation zu entlasten und damit zur Bindung

bestehender Pflegekräfte beiträgt. Die Maßnahme resultiert jedoch nicht direkt in der Gewinnung neuer Pflegekräfte.

Die Verantwortung für die konsequente Einhaltung der Betreuungsschlüssel obliegt den Einrichtungs- und Stationsleitungen. Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Pflegekräfte notwendig, um die entsprechenden Regeln umsetzen zu können.

Bei der **Mitarbeitendenführung** ist langfristig ein **Kulturwandel** der intensivbettenführenden Einrichtungen umzusetzen, welcher sich auf mitarbeitendenorientierte Dienstzeiten und Unterstützung durch bspw. Betreuungsangebote für Kinder und pflegebedürftige Angehörige, die Bereitstellung von finanzierbarem Wohnraum und die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes ohne Auto auszeichnet. Dabei sind insbesondere kliniknahe Betreuungsangebote mit mitarbeitendenfreundlichen Betreuungszeiten, d. h. idealerweise 24-Stunden-Betreuungsmöglichkeiten, von zentraler Bedeutung: Zum einen können so Bestandsmitarbeitende entlastet werden, zum anderen werden so Mitarbeitenden nach Mutterschutz bzw. Elternzeit erleichterte Möglichkeiten für den Wiedereinstieg geboten (vgl. Cho et al. 2021). Neben dem Betreuungsangebot ist der bezahlbare Wohnraum von höchster Bedeutung und wird vor allem in urbanen Räumen immer wichtiger, um auch neues Pflegepersonal zu gewinnen.

*Die konsultierten Expert:innen sprachen sich ebenfalls für das Bereitstellen bezahlbaren Wohnraums aus. Dabei dürfe die Inanspruchnahme entsprechender Angebote nicht zur steuerlichen Benachteiligung führen (vgl. Kranz, Asel-Helmer, Engehausen, Zeulner).*

An dieser Stelle ist auf mögliche regionale Unterschiede zu verweisen: Während davon ausgegangen werden kann, dass ein Angebot bezahlbaren Wohnraums in städtischen Gebieten dem Bedarf der Pflegekräfte nachkäme, kann angenommen werden, dass bspw. Shuttle-Services für Pflegekräfte ländlicher Einrichtungen vorteilhaft wären. Hier gilt es den Bedarf der Mitarbeiter:innen regionalspezifisch zu betrachten und nachzukommen. Die Verantwortung zur Umsetzung und Implementierung des Kulturwandels in den Kliniken obliegt vorrangig den Klinikleitungen und Führungskräften. Gleichermaßen gilt es durch die Bundespolitik zu regeln, dass spezifische Förderungen, wie bspw. das Angebot bezahlbaren Wohnraums, nicht zu Nachteilen in der Besteuerung führen.

Auch die mittelfristige bis langfristige Schaffung von **Stellen für akademisiertes Pflegepersonal** sowie die klare Definition von **Karrierpfaden** stellen wesentliche Handlungsoptionen im Bereich der Mitarbeitendenführung dar. Auf diese Weise kann nicht nur die Attraktivität des Berufs für Bestandsmitarbeitende gesteigert und deren Berufsstabilität unterstützt, sondern auch die Attraktivität des Berufsbildes für potenzielle neue Pflegekräfte erhöht werden. Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) auf Bundesebene zielt darauf ab, die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte spürbar zu verbessern. Hierunter beschäftigt sich die Arbeitsgruppe 1 dezidiert mit der Ausbildung und Qualifikation von

Pflegekräften – darunter auch die hochschulische Ausbildung von Pflegekräften. Die Partner der KAP wurden dazu aufgefordert, Tätigkeitsprofile für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen zu erstellen, um die erweiterten Kompetenzen der hochschulisch ausgebildeten Fachpersonen in der Pflege zu nutzen. Ein ausführlicher Bericht zur hochschulischen Ausbildung der Arbeitsgruppe wird noch im Jahr 2022 erwartet (vgl. Die Bundesregierung 2021). Die Federführung obliegt der Diakonie und den Selbstverwaltungspartnern. Die Länder sind an diesem Prozess nicht beteiligt. Am 10. Februar 2023 findet ein Fachtag zur Vorstellung der Ergebnisse in Berlin statt. Der Veröffentlichung des Abschlussberichts ist im März 2023 geplant. Die Verantwortung für die Schaffung von Stellen für akademisiertes Personal obliegt den Einrichtungsleitungen.

Neben der Förderung der Akademisierung könnte auch die **Rotation der Pflegekräfte** zwischen Anästhesie und Intensivstation die Attraktivität des Berufsbildes erhöhen. Diese Handlungsoption ist insbesondere während Pandemien von zentraler Bedeutung: So zeigte sich in der **COVID-19-Pandemie**, dass sich Pflegekräfte aus Angst vor einer Ansteckung vermehrt von ihren Familien isolierten. Dies führte zu Angst, Verzweiflung und Unruhe bei den Pflegekräften. Insbesondere in derartigen Ausnahmesituationen ist eine Rotation von Pflegekräften, die COVID-19-Patient:innen betreuen, mit Pflegepersonal aus anderen Stationen ein wertvoller Lösungsansatz, um allen Pflegekräften die Möglichkeit zu bieten, Zeit mit ihren Familien zu verbringen und die immense psychische Belastung zu reduzieren (vgl. Gokcen et al. 2021). Zentrale Voraussetzung für die Rotation ist die gemeinsame Fachweiterbildung zu Fachpflegekräften für Intensivpflege und Anästhesie. Eine Limitation ergibt sich, sofern ein Aus- und Weiterbildungssystem gewählt wird, das lediglich auf die Fachweiterbildung im Bereich der Intensivmedizin abzielt. So wäre bspw. eine Rotation unter dem in Baden-Württemberg angestoßenen „3+1-Modell“ (für eine weitere Erläuterung des Modells vgl. S. 123) nicht möglich. Die Verantwortung für derartige Vorgaben obliegt den Stations-/Pflegedienstleitungen und Geschäftsleitungen. Eine erfolgreiche Umsetzung kann nur gelingen, sofern die Pflegekräfte ein entsprechendes Modell befürworten. In der Gesamtschau müssen die Vorteile der Möglichkeit zur Rotation gegen die Argumente für die Trennung, z. B. kürzere Ausbildungszeiten, abgewogen werden. Dabei sollten die Präferenzen der Pflegekräfte berücksichtigt werden. Prinzipiell ist erwartbar, dass sich durch eine Aufteilung der Fachweiterbildung die Anzahl der Personen, die eine solche Weiterbildung anstreben, vermindert wird. Unter Motivations- und Ressourcengesichtspunkten wird nicht zu einer Trennung der Fachweiterbildung geraten. Sofern es fachliche Gründe erfordern, kann eine Trennung der Fachweiterbildung im Sinne des common trunks unter Reduzierung der Ausbildungszeit befürwortet werden.

In diesem Zusammenhang sollten auch **Fortbildungen** vermehrt gefordert und gefördert werden: So sollte im Sinne des Evidence-Based-Nursing und der Stärkung des eigenverantwortlichen Arbeitens von

Pflegekräften ein klares Fortbildungskonzept verabschiedet werden, gemäß der Pflegekräfte analog zu Mediziner:innen eine bestimmte Anzahl an Fortbildungen pro Jahr absolvieren müssen.

*Im Rahmen der Expert:innenkonsultationen wurde der Bildungsurlaub erwähnt. In Bayern gibt es derzeit keinen gesetzlichen Anspruch auf Bildungsurlaub (vgl. Krautz).*

Da Zweifel und Bedenken von Pflegekräften hinsichtlich ihrer Fähigkeit, mit Patient:innen in Beziehung zu treten und sie zu pflegen, positiv mit ihrer emotionalen Erschöpfung korrelieren, ist die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften ein wichtiger Faktor, um die Mitarbeitendenzufriedenheit zu erhöhen und deren Resilienz zu fördern (vgl. Aviles Gonzalez et al. 2019).

Ebendiese Maßnahmen der Qualitätssicherung müssten von den intensivbettenführenden Einrichtungen kontrolliert und finanziert werden. Die Verantwortung für die gemeinsame Erarbeitung und Umsetzung eines solchen Fortbildungskonzepts für die Pflege obliegt der Landespolitik auf der einen und den Geschäftsführungen sowie Pflege-/Stationsleitungen auf der anderen Seite. Darüber hinaus kommen auch der Selbstverwaltung sowie den Pflegekräften selbst eine Teilverantwortung zu.

Daran anschließend sollte die in der Pflege verstärkt auftretende Forderung nach einer **leistungsgerechten Vergütung** tatsächlich umgesetzt und langfristig in angepassten und transparenten Tarifverträgen verankert werden (vgl. Raspe et al. 2020). Grundsätzlich können unterschiedliche Optionen dazu beitragen, die Vergütungssituation von Pflegekräften zu verbessern. (1) Während die direkte Erhöhung der Tarife durch die autonomen Tarifparteien erfolgen könnte, könnte (2) der Gesetzgeber eine Tarifpflicht einführen. Eine weitere Option stellt (3) die Anhebung des Mindestlohns dar. Weiterhin könnten bereits kurzfristig (4) **Anreizsysteme** – wie bspw. Bonuszahlungen, Arbeitszeitausgleich, Entgeltgutscheine oder Steuerbefreiungen – **bei kurzfristigem Einspringen** von Pflegekräften sinnvoll sein. Die bayerische Staatsregierung hat den Bund bereits dazu aufgefordert, die bestehenden Steuerbefreiungsmöglichkeiten für Zulagen und Zuschläge der Pflegekräfte auszuweiten, um die Vergütung der Pflegekräfte weiter zu verbessern.

Hier sind verschiedene Modelle möglich: So konnten sich bspw. im Klinikum der Stadt Ludwigshafen die dort angestellten Pflegekräfte bis Freitagnachmittag für die Folgewoche an frei wählbaren Tagen als verfügbar eintragen. Sie konnten dann in der kommenden Woche an den angegebenen Tagen kontaktiert werden und erhielten, falls sie tatsächlich eingesetzt wurden, neben ihrer regulären Vergütung eine Bonuszahlung in Höhe von 100 Euro. Auf diese Weise stellte die Einrichtung auch sicher, dass das Pflegepersonal an den übrigen Tagen nicht kontaktiert wurde und die Zeit zur Erholung nutzen konnte. Darüber hinaus muss jede Pflegekraft einmal pro Halbjahr einen Rufdienst an Wochenenden oder Feiertagen übernehmen, wobei auch diese Zeiten frei von den Mitarbeitenden ausgewählt werden können. Bei einem Einsatz wird dann bereits die Anfahrt zum Klinikum als Arbeitszeit vergütet. Ferner gilt dort ein Jahresdienstplan, der es den Mitarbeitenden in der Pflege ermöglicht, ihre Überstunden auf



das komplette Jahr zu verteilen und nach ihren Wünschen als zusätzliche Urlaubstrag nutzen zu können. Eine andere Option, um Ausfälle von Pflegekräften zu kompensieren, wird z. B. von der München Klinik gGmbH umgesetzt: Dort ist es möglich, dass Pflegemitarbeitende Zusatzdienste in einer der Einrichtungen in München auf freiwilliger Basis übernehmen. Die Auswahl der Dienste erfolgt über ein Online-Portal. Für ebendiese Zusatzdienste werden Zulagen in Höhe von 50-75 % des Stundenlohnes gezahlt. Alternativ dazu kann das Ausfallmanagement bei der regulären Dienstplanung berücksichtigt werden: So kann durch flexible Dienste, die Teil der regulären Wochenarbeitszeit sind, allerdings dazu dienen sollen, kurzfristige Ausfälle zu kompensieren, eine bessere Planbarkeit für die Pflegekräfte sichergestellt werden. Sollte der eingeplante flexible Dienst nicht benötigt werden, werden die Pflegemitarbeitenden im Frühdienst eingesetzt. Dieses Konzept kommt u. a. in der Helios Klinik in Erlenbach zum Einsatz. Als weiteren Lösungsansatz können sogenannte Springer-Pools an Pflegekräften installiert werden: Dabei werden Mitarbeitende entweder innerhalb einer Einrichtung oder auch einrichtungsübergreifend auf verschiedenen Stationen eingesetzt, wenn es dort zu kurzfristigen Personalausfällen kommt. Neben ausgebildeten Pflegekräften kann hier auch der Einsatz von Aushilfen unterstützend wirken. Im Rahmen des Ausfallmanagements sind Software-Lösungen ein wichtiger Erfolgsfaktor (vgl. Saffier 2021).

*Im Rahmen der Expert:innenkonsultationen wurde dieser Aspekt ebenfalls aufgegriffen. Die Vergütung von Pflegekräften sei zu erhöhen. Denkbar wäre eine Bezahlung von Intensivpflegekräften, die vergleichbar mit der der Assistenzärzt:innen sei. Grundsätzlich sei zu überdenken, ob sich die Vergütung zukünftig nach der Kompetenz der Mitarbeiter:innen oder der Knappheit der personellen Ressourcen richte (vgl. Engehausen).*

Eine andere Art der Wertschätzung könnte kurz- bis mittelfristig die Einführung von **Corporate Benefits** sein, bei denen die Mitarbeitenden beispielsweise gesundheitsförderliche Aktivitäten, wie Fitnessstudio-Besuche, Gesundheitskurse oder andere Sportangebote, vergünstigt wahrnehmen können. Auch die Möglichkeit der Förderung für ein Jobrad oder ein Jobticket fallen unter den Bereich Corporate Benefits. Durch ebendiese Sachbezüge können die Mitarbeitenden nicht nur finanziell profitieren, vielmehr werden durch gesundheitsförderliche Maßnahmen auch individuelle physische und psychische Ressourcen gefördert, was sich wiederum positiv auf die Arbeitsfähigkeit der Intensivpflegekräfte auswirken kann. Die Verantwortung hierfür liegt bei den Geschäftsführungen der intensivbettenführenden Einrichtungen.

Abschließend könnte auch ein **Stimmrecht der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss** (G-BA) die Bedeutung der Pflege in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung stärken. Durch eine intensivere berufspolitische Einflussnahme könnte sich zum einen die Arbeitsgestaltung von Pflegenden verbessern, zum anderen aber auch die Attraktivität des Berufsbildes erhöhen. Die Verantwortung dafür obliegt der Bundespolitik.

*Diese Option wurde auch von einigen befragten Expert:innen genannt.*

Eine weitere Möglichkeit der stärkeren Wahrnehmung des Pflegeberufs könnte durch die Ergänzung oder Stärkung der etablierten Vereinigung der Pflegenden in Bayern erzielt werden.

Das zweite Teilziel, welches der Erhöhung der Mitarbeitendenbindung und der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Intensivpflegekräfte untergeordnet ist, ist die **Verringerung von Ausfallzeiten**. Dazu zählen zunächst **krankheitsbedingte Ausfälle**. Diesen kann durch die bereits aufgeführten Handlungsoptionen zur Stärkung individueller psychischer und physischer Ressourcen sowie zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung entgegengewirkt werden. Wird das Verständnis der Ausfallzeit etwas weiter gefasst und inkludiert **Mitarbeitende nach einer längeren Erkrankung oder Mutterschutz bzw. Elternzeit**, welche vor der Entscheidung stehen, in den Beruf zurückzukehren oder eine andere berufliche Laufbahn einzuschlagen, können weitere Handlungsoptionen für die **Re-Integration** ebendieser Personen aufgeführt werden: So sollte es mittelfristig sichergestellt werden, dass auch abwesende Mitarbeitende im Sinne der Qualitätssicherung bzw. des Evidence-based-Nursings die Möglichkeit haben, an **Fortbildungen** teilzunehmen, die ihnen als Arbeitszeit vergütet werden. Dazu sollte mit ebendiesen Mitarbeitenden auch während ihrer Abwesenheit eine regelmäßige Kommunikation aufrechterhalten werden. Die Verantwortung dafür obliegt der Stations- bzw. Pflegedienstleitung gleichermaßen wie der Klinikleitung. Die Einführung des Bildungsurlaubs könnte – wie bereits oben beschrieben – ebenfalls zur Kompetenzsteigerung und somit zur Qualitätssicherung beitragen.

Wenngleich die Handlungsoptionen bereits ausführlich thematisiert wurden, ist an dieser Stelle nochmals auf die Bedeutung von flexiblen Arbeitszeiten, Betreuungsangeboten sowie – vor allem bei Langzeitkranken – einem Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement hinzuweisen, um ebendiese Zielgruppen wieder in ihrem Beruf integrieren zu können. Ferner wirken sich alle Maßnahmen zur Stärkung individueller Ressourcen sowie zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung positiv auf die Re-Integration von Pflegepersonal aus.

Das zweite Primärziel fokussiert sich auf die **Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte**. Alle bereits angeführten Handlungsoptionen wirken sich positiv auf das Berufsbild der Intensivpfleger:innen aus, sodass diese ebenso zur Gewinnung neuer Pflegekräfte beitragen können. Um die Attraktivität des Berufs zu erhöhen, können neben den bereits genannten Maßnahmen wie Karrierechancen, Fortbildungen, leistungsgerechte Vergütung sowie Gratifikationen und bessere Arbeitsbedingungen auch Offline- sowie Online-**Marketingmaßnahmen** sinnvoll sein. Die bayerische Initiative „NEUEPFLEGE.bayern“ ist eine Kampagne, die über die Profession und Professionalität der Pflegenden aufklärt und Informationen für verschiedene Stakeholder (z.B. Ausbildungsstätten, Eltern oder Schulen) bereithält. Die Kampagne ist multimedial angelegt und ist bspw. sowohl in Form einer eigenen Homepage als auch als Instagram-Kanal veröffentlicht. Die Ausweitung um spezifische Informationen

zur Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege könnten bei der Bewerbung des Berufsbilds weiter unterstützen. So könnten bspw. die für das Berufsbild notwendigen Qualifikationen und die unterschiedlichen Ausbildungswege (generalistische Ausbildung, Pflegestudium, Fachweiterbildungen) aufgezeigt und über die inhaltlichen Tätigkeiten informiert werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, STMGP 2022 a).

*Einige der konsultierten Untersuchungspartner:innen konstatierten, der Fokus einzelner Marketingmaßnahmen sei auf die Unternehmensebene zu setzen. Es gelte Werte und ein Angebot für Mitarbeiter:innen zu schaffen, die von innen nach außen getragen würden. Als weitere Möglichkeit der Mitarbeiter:innen-/Auszubildendengewinnung könnten Methoden wie das „Speed-Dating“ dienen, wodurch Interessierte in direkten Kontakt mit Auszubildenden kämen. Darüber hinaus könne die Wiedereinführung des Zivildiensts (für alle Geschlechter) dazu beitragen, über die Tätigkeiten von Pflegekräften zu informieren.*

Die Verantwortung zur Umsetzung entsprechender Schritte liegt auf Unternehmensebene bei den Kliniken selbst. Bundes-, Landespolitik, Ausbildungsstätten und die Selbstverwaltung können jedoch ebenso dazu beitragen, auf das Berufsbild der (Intensiv-)Pflege positiv wirkende Maßnahmen umzusetzen und zu fördern. Auch einzelne Mitarbeitende können beispielsweise durch ihre Präsenz in den Sozialen Medien das Image des Berufs in der Gesellschaft positiv beeinflussen.

Eine weitere Handlungsoption, um die Attraktivität des Berufs der Intensivpflegenden nachhaltig zu steigern, liegt in der **Anpassung bzw. Reduzierung der Gesamtausbildungszeit**. Während derzeit die generalistische Ausbildung zum Pflegefachmann oder zur Pflegefachfrau drei Jahre beträgt und es eine weitere Qualifikation zum Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie benötigt, könnte eine verkürzte Grundausbildung – vergleichbar mit anderen Ausbildungsberufen – von drei auf zweieinhalb Jahren für besonders leistungswillige und -fähige Auszubildende zielführend sein. So wäre bspw. eine Zwischenprüfung oder -evaluation zur Qualitätssicherung denkbar. Im Anschluss daran würde sich ein Masterstudium oder eine Fachweiterbildung anschließen können. Bei der Erlangung der Qualifikationen ist stets darauf zu achten, dass diese DKG-zertifiziert und somit bundesweit anerkannt und nach den bestehenden Tarifverträgen vergütet werden können. Insgesamt gilt es eine Aus- und Weiterbildung zu schaffen, die den Fachkräften (örtliche) Flexibilität einräumt (bundesweite Anerkennung), die schneller als die derzeit bestehende Ausbildung- und Weiterbildung zu absolvieren ist (verkürzte Ausbildungszeit) und weitere Karrierepfade aufzeigt. Es sei angemerkt, dass die Ausbildungsdauer durch das Bundes- und EU-Recht vorgegeben wird. Die rechtlichen Vorgaben gelte es anzupassen, um eine verkürzte Ausbildungszeit umsetzen zu können.

Das in Baden-Württemberg zugelassene Modellprojekt „3+1-Modell“ setzt an einer verkürzten Ausbildungszeit an. Statt fünfeinhalb Jahre Gesamtausbildungszeit sollen Intensivpfleger:innen nach dem Modellprojekt bereits nach vier Jahren Ausbildungszeit tätig sein können. Pflegefachfrauen und -männer können demnach direkt im Anschluss an ihre generalistische Ausbildung eine

Weiterbildung für eine Tätigkeit auf der Intensivstation an einer der ausgewählten Universitätskliniken anstreben. Ausbildungsinhalte der generalistischen Pflegeausbildung im Bereich Intensivpflege werden für die Weiterbildung angerechnet, sodass die bestehenden Prüfungsinhalte unangetastet bleiben. Zur Vermeidung einer möglichen Überforderung der Pflegenden findet parallel ein Begleitprogramm statt. Dieses beinhaltet bspw. ein Resilienz-Training, Coaching sowie Supervisionsangebote (vgl. Lucha et al. 2022; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2022). Limitationen werden insbesondere durch die Einschränkung der Flexibilität der Intensivpfleger:innen gesehen. So bezieht sich die Ausbildung lediglich auf den Bereich der Intensivpflege und nicht auf die Anästhesie – eine Rotation von Pflegekräften zwischen der Anästhesie und Intensivpflege ist somit nicht möglich. Weiterhin ist die Qualifikation nicht bundesweit anerkannt, sondern gilt lediglich für das Bundesland Baden-Württemberg. Nach dem Modell ausgebildete Intensivpfleger:innen können somit in anderen Bundesländern nicht als solche tätig sein. Hierzu bedarf es der Ausbildung gemäß der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nach aktuellem Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiter bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse. Die DKG-Zertifizierung stellt auch die Grundvoraussetzung für die tarifvertragliche Vergütung als Intensivpfleger:in dar. Die wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse des „3+1-Modells“ gilt es abzuwarten.

Ferner kann es mittelfristig sinnvoll sein, **Mitarbeitende aus dem Ausland** für eine Tätigkeit in der Pflege in Deutschland zu gewinnen. In diesem Zusammenhang ist eine adäquate Einarbeitung inklusive der Möglichkeit von Sprachkursen unabdingbar. Auch die Unterstützung bei der Suche nach finanzierbarem Wohnraum ist an dieser Stelle sinnvoll.

Auch die „Studie zur Evaluation des Verfahrens zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in der Pflege in Bayern“ von der Modus Wirtschafts- und Sozialforschung GmbH aus April 2021 bestätigt, dass die Rekrutierung, Anerkennung und nachhaltige Integration ausländischer Pflegefachpersonen einen wichtigen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Pflege darstellen. Eine adäquate Einarbeitung von ausländischen Pflegefachkräften und die Sicherstellung von Sprachkursen ist hierfür unabdingbar. Für die nachhaltige Integration von ausländischen Fachkräften sind vor allem die Arbeitgeber:innen gefordert entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Passende allgemeinbildende Sprachkurse werden seitens des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge sowie der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung gestellt. Für die Aufnahme einer pflegerischen Tätigkeit ist nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) ein Sprachzertifikat eines zugelassenen Instituts auf dem Niveau B2 vorzuweisen. Da Pflegefachkräfte in der Lage sein müssen ohne sprachliche Barrieren zu kommunizieren und ihre pflegerischen Tätigkeiten auch schriftlich klar und verständlich zu dokumentieren, wird ab Mitte 2023 eine spezifische Fachsprachprüfung für Pflegekräfte, wie es sie bereits bei den approbierten Gesundheitsberufen gibt, verbindlich eingeführt. Hierfür hat das

Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bereits die passenden Rahmenbedingungen beim Landesamt für Pflege, als zukünftig zuständige Vollzugsbehörde, geschaffen.

Derartige Konzepte könnten übergreifend von politischen Verantwortungsträgern erarbeitet werden, aber auch im Rahmen von Pilotprojekten einzelner Einrichtungen stattfinden.

Auch die **Einführung von** sogenannten **Magnetkrankenhäusern** in Bayern könnte mittel- bis langfristig eine zielführende Maßnahme darstellen. Derartige Einrichtungen existieren beispielsweise in den USA und unterlaufen einem speziellen Anerkennungsprogramm zur Steigerung der Mitarbeitendenzufriedenheit und zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Dieses übergeordnete Ziel wird im Rahmen des Magnet-Konzepts durch Innovationen, Exzellenz und strukturelles Empowerment der Pflege, neue Führungsmodelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden. Anpassungen der Arbeitsumgebung und der Arbeitsbedingungen gehen damit einher. Als erste Einrichtungen in Deutschland zielen das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das Universitäts- und Rehabilitationsklinikum Ulm darauf ab, den Magnetstatus nach den Anerkennungskriterien der Akademie of Nursing zu erlangen (vgl. Sana Kliniken AG 2022; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2022).

In Magnetkrankenhäusern kommen fünf Schlüsselkomponenten zum Einsatz, welche in Abb. 28 illustriert werden. So sollen durch eine gesunde Arbeitsatmosphäre (Schlüsselkomponente 1 „Transformationale Führung“) und durch gesundheitsförderliche Strukturen (Schlüsselkomponente 2 „Interne und externe strukturelle Befähigung“) sowie durch eine professionelle Herangehensweise (Schlüsselkomponente 3 „Herausragende professionelle Praxis“) und durch kontinuierliche Forschung und Innovation (Schlüsselkomponente 4 „Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen“) die Versorgungsqualität einer Einrichtung und die Arbeitgeberattraktivität gesteigert werden. Alles in allem sollen die Ergebnisse für alle Parteien nachweislich verbessert werden (Schlüsselkompetenz 5 „Empirische Outcomes“) (vgl. Esslinger et al. 2019).



**Abb. 28** Schlüsselkomponenten eines Magnetkrankenhauses

Quelle: Esslinger et al. 2019, S. 207

Die Einführung von Magnetkrankenhäusern könnte von der Politik gefördert werden, aber auch im Rahmen einzelner Pilotprojekte unter der Verantwortung von Geschäftsführungen einzelner Krankenhäuser umgesetzt werden.

*Auch die konsultierten Expert:innen befürworten eine Pilotierung von Magnetkrankenhäusern (vgl. Kranz, Krautz, Asel-Helmer, Engehausen).*

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass es zu einem Nachahmungseffekt kommt, der zur Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen führt und die positiven Effekte durch die Einführung von Magnetkrankenhäusern überwiegen im Vergleich zur relativen Schlechterstellung der Häuser, die keine Zertifizierung durchlaufen. Die dem Magnetkrankenhaus zugrunde gelegten Kriterien können dabei helfen, das Bild des Pflegeberufs zu verbessern. Magnetkrankenhäuser stellen somit eine Option dar, die zur Dissemination entsprechender Konzepte beitragen können.

Eine übergreifende Handlungsoption betrifft die Entscheidungsfindung bezüglich Auswahl, Ausgestaltung und Umsetzung aller Handlungsoptionen. Dabei geht es um die **Beteiligung und Berücksichtigung der Präferenzen von Pflegekräften**. Diese Partizipation kann sowohl die Qualität als auch die Akzeptanz von Entscheidungen positiv beeinflussen. Ihre Umsetzung ist auf allen Ebenen der Entscheidungsfindung – vom politischen Diskurs bis zur einzelnen Station einer Klinik – möglich. Zur Auswahl steht dabei ein breiter Katalog an Methoden mit unterschiedlichen Ausprägungen und Intensitäten der Beteiligung (vgl. Bruni et al. 2008; Rowe und Frewer 2005).

Die umfassenden Handlungsoptionen sind strukturiert nach der Zieldimension und einzelnen Maßnahmen in *Tab. 11* aufbereitet. Ferner ist dieser auch die zeitliche Dimension der Umsetzbarkeit und der angesprochene Adressatenkreis zu entnehmen. Eine Strukturierung der Handlungsoptionen nach Stakeholdern kann den Anhängen 5 - 11 entnommen werden.





Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Adressaten						
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	Pflegekräfte	Pflegedienst-, Stationsleitung, Führungskräfte	Klinikleitung	Ausbildungs- stätte	Selbst- verwaltung	Landespolitik	Bundespolitik
<p>○ keine Zuständigkeit; ◐ bedingte Zuständigkeit; ● volle Zuständigkeit</p> <p>Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation, Konflikt-/Fehlermanagement, Teambuildingmaßnahmen)</p> <p><b>Schaffen klarer Rollenbilder</b></p> <p>Zuweisen von Kompetenzen und Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb von interdisziplinären Teams</p>	X			●	●	●	◐	○	○	○
<p><b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b></p> <p><b>Reduktion der pflege- bzw. patientenfernen Tätigkeiten</b></p> <p>Delegation pflege- bzw. patientenfernen Aufgaben an Stationshelfer:innen und Assistent:innen</p> <p>Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Anästhesietechnische Assistent:innen und Rettungsassistent:innen</p> <p>Nutzen von Bestellsystemen zur Bestellung von Waren oder Verpflegung der Patient:innen</p> <p>Einführung eines Hol- und Bringservices v.a. in peripheren Stationen</p>		X		○	●	●	○	○	○	○
<p><b>Verbesserung der IT</b></p> <p>Nutzung von technischen Lösungen zur Vermeidung von Mehrfachdokumentationen und zum Bürokratieabbau</p> <p>Einführung von KI-gestützten Technologien in der Dienstplanung</p> <p>Einführung von Digitalisierungsbeauftragten</p>		X		○	○	●	○	○	◐	◐
<p><b>Verbesserte Planung der Auslastung der Intensivstation bzw. langfristige Personalplanung im Zusammenhang mit elektiven Eingriffen</b></p>	X			○	●	●	○	○	○	●
<p><b>Verbesserung der Arbeitsorganisation durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten</b></p> <p>Ermöglichung von variablen Schichtlängen</p> <p>Berücksichtigen einer Balance zwischen tatsächlicher Arbeitszeit und der Anzahl an Wochenenddiensten</p>	X			◐	●	●	○	○	○	●



Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Adressaten						
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	Pflegekräfte	Pflegedienst-, Stationsleitung, Führungskräfte	Klinikleitung	Ausbildungs- stätte	Selbst- verwaltung	Landespolitik	Bundespolitik
○ keine Zuständigkeit; ◐ bedingte Zuständigkeit; ● volle Zuständigkeit										
Einführung von Corporate Benefits										
Einräumen eines Stimmrechts der Pflege im G-BA			X	○	○	○	○	○	○	●
Stärkung der Mitarbeiter:innenbindung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit										
Verringerung von Ausfallzeiten			X	○	●	●	○	○	○	○
Verringerung von krankheitsbedingten Ausfallzeiten durch obenstehende Maßnahmen										
Re-Integration von Mitarbeiter:innen nach längerer Erkrankung oder Mutterschutz/Elternzeit										
Steigerung der Qualitätssicherung			X	○	◐	●	○	○	○	○
Anbieten von Fortbildungen abwesender Mitarbeiter:innen als vergütete Arbeitszeit										
Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte										
Oben beschriebene Handlungsoptionen	X	X	X	●	●	●	●	●	●	●
Anpassung der Ausbildungszeit		X		○	○	○	○	○	○	●
Entwicklung von Einarbeitungskonzepten		X		◐	●	◐	○	○	○	○
Marketingmaßnahmen		X		○	○	●	◐	◐	◐	◐
Mitarbeiter:innengewinnung aus dem Ausland		X		○	○	●	○	○	●	●
Einführung bzw. Pilotierung von Magnetkrankenhäusern		X		○	○	●	○	○	○	◐

## 21 Handlungsempfehlungen

In *Kapitel 20* konnten zahlreiche Handlungsoptionen aufgezeigt werden, die zur zukünftigen Sicherung der intensivmedizinischen Pflegesituation in Bayern beitragen können. Im nächsten Schritt gilt es aus den Optionen konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren. Hierfür werden die identifizierten Optionen einer ersten Bewertung unterzogen und dann einer abschließenden Konsultation von Expert:innen zugeführt, um sie in Empfehlungen zu überführen. Auf dieser Grundlage ergaben sich insgesamt elf wissenschaftlich begründete Handlungsfelder. Unter Berücksichtigung eines Gesprächs mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege konnten diese im Nachgang in einem projektinternen Konsensverfahren zu vier konkreten Handlungsempfehlungen verdichtet werden (vgl. Kapitel 21.1, 21.2, 21.3 und 21.4).

Übergeordnetes Ziel der Handlungsempfehlungen ist es, durch eine höhere *Wertschätzung* der Intensivpflegekräfte, die sich durch unterschiedliche Maßnahmen operationalisieren lässt, die Mitarbeiter:innenbindung zu stärken und neue Pflegekräfte gewinnen zu können. Es sei angemerkt, dass nachstehend allgemeine Empfehlungen zur Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung aufgeführt werden, die sich nicht gleichermaßen auf alle Stakeholder übertragen lassen. Hier können Unterschiede bspw. zwischen Kommunen, Unternehmen/Trägern oder Stationen/Abteilungen existieren, die es zu berücksichtigen gilt.

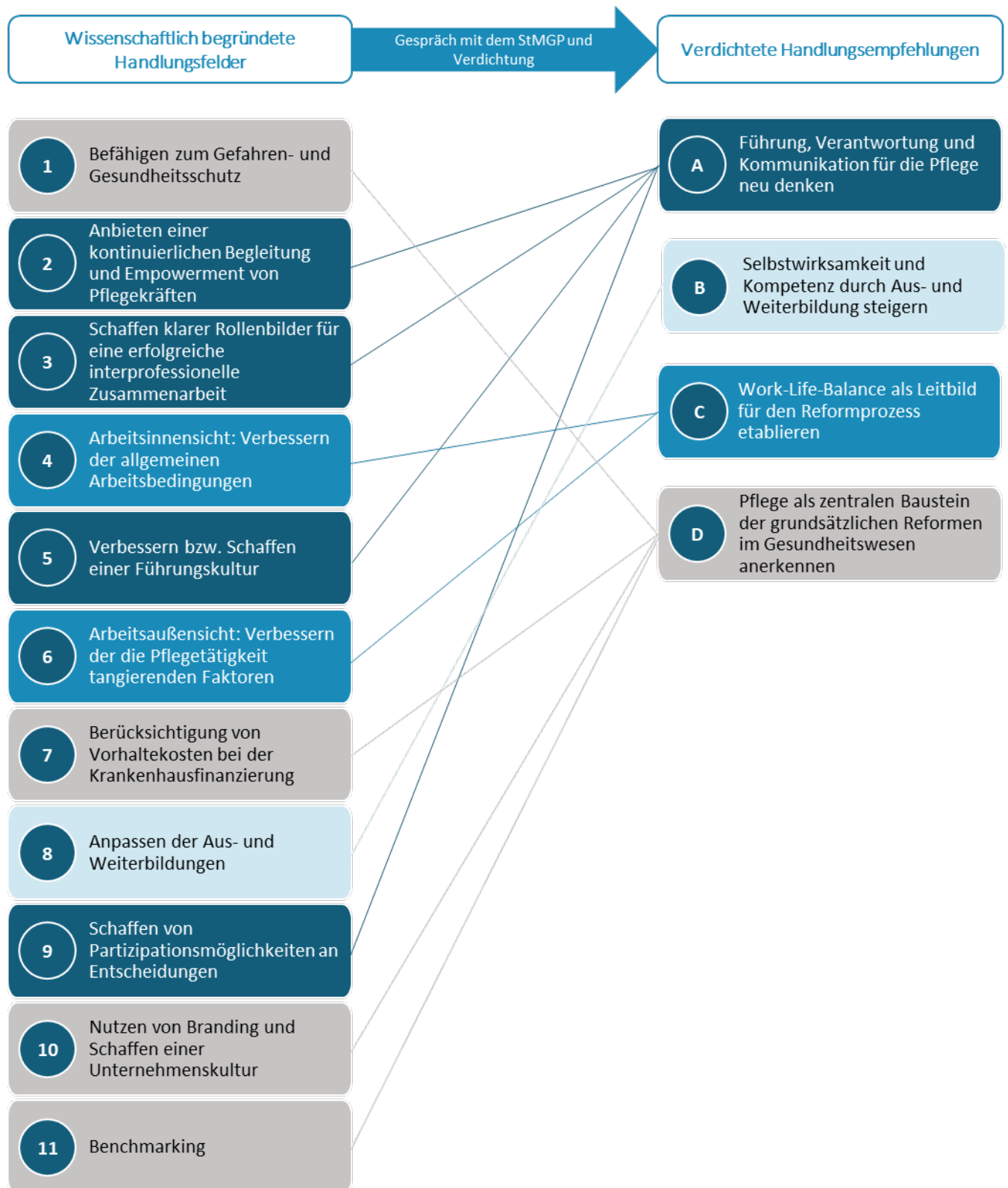


Abb. 29 Übersicht über die Handlungsfelder

Quelle: Eigene Darstellung

## 21.1 Führung, Verantwortung und Kommunikation für die Pflege neu denken

Führung, Verantwortung und Kommunikation für die Pflege neu denken heißt:

1. Schaffen klarer Rollenbilder
2. Empowerment von Pflegekräften
3. Schaffen einer Führungskultur mit partizipativem Ansatz
4. Keine strukturellen Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung ohne Berücksichtigung des Pflegestandpunktes

Die zentrale Berücksichtigung von Führung, Verantwortung und Kommunikation in der Positionierung der Pflegeberufe und der Pflegewissenschaft setzt um, was immer wieder als Hauptforderung im Hinblick auf die Sicherung und den Ausbau der Pflege in Deutschland gefordert wird: eine umfassende und neue Form der *Wertschätzung*.

**Kommunikation** ist zentrale Grundlage für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und eine verantwortungsvolle Führung von Pflegekräften. Neben dem **Schaffen klarer Rollenbilder**, die an die jeweiligen Kompetenzen und den damit einhergehenden Tätigkeiten des Personals gebunden sein sollten, stellt sie die Grundlage für eine erfolgreiche **interprofessionelle Zusammenarbeit** zwischen Mediziner:innen und Intensivpflegekräften dar. Durch den damit verbundenen Abbau von Hierarchien, die gegenseitige *Wertschätzung* und das Begegnen auf Augenhöhe können die Mitarbeiter:innenzufriedenheit und damit die Leistungsfähigkeit, die wiederum positiv auf die Patient:innensicherheit wirkt, gesteigert werden. Ansätze zur Vermittlung dieser Kompetenzen – einschließlich der Kommunikationskompetenz – können bereits im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden. Darüber hinaus bieten sich insbesondere zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sogenannte interprofessionelle Ausbildungsstationen an (vgl. *Abschnitt 20*). Ferner gilt es, die **Kommunikationskompetenz** der bereits bestehenden Führungskräfte zu fördern. Eine wesentliche Rolle nimmt die im direkten Kontakt mit den Pflegekräften stehende Führungskraft wie bspw. die Stations- oder Pflegedienstleitung ein, die ebenso als Schlüsselfigur für die Mitarbeiter:innenbindung fungiert (vgl. *Abschnitt 9.3*). Durch spezifische Fortbildungen können solche Kompetenzen vermittelt werden. Verantwortlich für das Schaffen entsprechender Strukturen sind zum einen die Kliniken und Führungskräfte selbst, die Veränderungen gegenüber aufgeschlossen sein müssen. Auch Ausbildungsstätten können entsprechende Modelle an ihre Auszubildenden herantragen.

Klare Strukturen tragen letztlich auch zur Verbesserung der Resilienz und zur Reduzierung von Moral Distress bei. Hierfür sind eine **kontinuierliche Begleitung und Empowerment von Pflegekräften** besonders bedeutsam: Durch stetige Begleitung auf unterschiedlichen Ebenen finden Pflegekräfte zum einen in bspw. emotional besonders herausfordernden Situationen Unterstützung. Dies können neben kurzzeitig durch die Patient:innenversorgung resultierende Situationen auch Krisen – wie bspw. Pandemien oder kurzzeitig auftretenden Überlastungen der Kapazitäten – oder verbundene strukturelle Herausforderungen umfassen. Zum anderen sollte auch unabhängig von akuten Vorfällen eine Begleitung stattfinden bzw. angeboten werden, damit Pflegekräfte ihre Bedürfnisse adressieren können, das Empowerment gestärkt wird und individuelle Entwicklungen gefördert werden können. Handlungspotentiale liegen bspw. in Supervisionsangeboten wie das Bereitstellen von Krankenhausseelsorger:innen zur Begleitung in akuten Situationen oder das Anbieten von Mentoring-Programmen. Diese zielen neben dem Aufzeigen von Karrierepfaden und dem Entwickeln der persönlichen Fähigkeiten auch darauf ab, den Mentees (Pflegekräften) Unterstützer:in und Hilfesteller:in zu sein. Supervisionsangebote bieten sich darüber hinaus auch für die Stärkung des Empowerments von Pflege- und Führungskräften, hierunter insbesondere solche des mittleren Managements, die im direkten Kontakt zu den Pflegekräften stehen, an. Durch Empowerment der Pflegekräfte kann es gelingen, die Arbeits- und Berufszufriedenheit zu stärken und gleichzeitig positive Auswirkungen auf die Innovations- und Leistungsfähigkeit zu erzielen. Diese umfasst ebenso soziale und organisationale Aspekte der Innovation (vgl. Akca und Kugler 2016). Eine kontinuierliche Begleitung von Pflegekräften sollte auch im Rahmen des Onboardings stattfinden. Digitales Onboarding, das Unternehmensspezifika vermittelt, kann das erfolgreiche Integrieren neuer und zurückkehrender Pflegekräfte in das Unternehmen unterstützen. Auch die Integration ausländischer Pflegekräfte durch E-Learning-Systeme kann den Einarbeitungsprozess unterstützen. Verantwortlich für das kurzfristige Schaffen entsprechender Angebote sind insbesondere die Kliniken und Führungskräfte inklusive der Stations- und Pflegedienstleitungen. Insbesondere den mit den Pflegekräften in direktem Kontakt stehenden Stations- und Pflegedienstleitungen kann die Verantwortung übertragen werden, die Mitarbeiter:innen zur Inanspruchnahme entsprechender Angebote zu motivieren und zu unterstützen. Wie in *Abschnitt 9.2* beschrieben, wird der Stations-/ Pflegedienstleitung eine besondere Stellung im Hinblick auf die Mitarbeiter:innenbindung zugesprochen. Durch eine vertrauensvolle Beziehung zwischen ihr und den Pflegekräften ist es der Leitung letztlich möglich, Probleme frühzeitig erkennen und Lösungen zu entwickeln, um letztlich die Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen stärken zu können. Dabei sollte sich die Pflegedienstleitung stets den klinikinternen und -externen Angeboten als Unterstützung bedienen können.

*Wertschätzung* resultiert letztlich auch durch die **Führung im Sinne des partizipativen Führungsstils**. Durch das aktive Einbinden der Mitarbeiter:innen – z.B. durch Gruppendiskussionen, Fragebögen oder

Einzelgespräche – und den Ansatz des internen Unternehmertums kann es gelingen, neue Motivation zu schaffen, die sich positiv auf die Zufriedenheit auswirkt. Hierdurch können Hierarchien abgebaut und der Kulturwandel vorangetrieben werden. Dieser könnte bspw. auch flexible Arbeitszeitmodelle inkludieren. Wie bei den Handlungsoptionen (*Abschnitt 20*) beschrieben, sollten Pflegekräfte bereits bei der Auswahl, aber auch bei der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt werden. Partizipation **bzw. die Berücksichtigung ihrer Präferenzen** kann die Qualität und die Akzeptanz von Entscheidungen befördern. Entsprechende Maßnahmen sind auf allen Ebenen der Entscheidungsfindung möglich. Dabei steht ein breiter Katalog an Methoden mit unterschiedlichen Ausprägungen und Intensitäten der Beteiligung zur Verfügung (vgl. Bruni et al. 2008; Rowe und Frewer 2005). Mitarbeiter:innen ist es unter diesem Ansatz möglich, sich mit dem Unternehmen zu identifizieren, Entscheidungen zu akzeptieren und sich als Mitgestalter:innen als Strategieentwickler:innen zu fühlen. Kliniken können so in ihrer Wettbewerbsfähigkeit gestärkt werden. Die Umsetzung des partizipativen Führungsstils liegt bei der Klinikleitung bzw. ihren Führungskräften. Gleichwohl ist das Engagement der Mitarbeiter:innen unabdingbar.

Die **Partizipation** gilt es nicht nur auf Mitarbeiter:innen- bzw. unternehmerischer Ebene zu berücksichtigen, sondern darüber hinaus der Pflege im Allgemeinen Partizipationsmöglichkeiten auf politischer Ebene einzuräumen. Strukturelle Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung sollten immer unter Berücksichtigung des Pflegestands getroffen werden. Während die Partizipation auf betrieblicher Ebene bereits im Rahmen des partizipativen Führungsstils berücksichtigt wurde, gilt es der Pflege auf politischer Ebene durch das Einräumen eines Stimmrechts im G-BA Gehör zu verschaffen und an für die Pflege relevanten Entscheidungen teilhaben zu lassen. Dies resultiert in höherer Akzeptanz von Entscheidungen und räumt der Profession der Pflege *Wertschätzung* ein. Die Möglichkeit der Umsetzung obliegt der Politik. Somit kann es gelingen, die Akzeptanz an (politischen) Entscheidungen durch die Intensivpflegekräfte zu erhöhen, wodurch letztlich eine Qualitätssteigerung resultieren kann. Somit können Transparenz und Vertrauen auch bei übergeordneten Entscheidungen geschaffen werden.

## 21.2 Selbstwirksamkeit und Kompetenz durch Aus- und Weiterbildung steigern

Selbstwirksamkeit und Kompetenz durch Aus- und Weiterbildung fördern heißt:

1. Berufsbilder und Ausbildungswege konkret aufeinander abstimmen
2. Möglichkeiten der generalistischen Krankenpflegeausbildung voll nutzen
3. Ausbildungsangebote erweitern



#### 4. Rechte und Pflichten zur Nutzung von Weiterbildungsangeboten

Derzeit existieren bereits verschiedene Möglichkeiten der Qualifikationserlangung um in der Intensivpflege tätig sein zu können. Diese Heterogenität gilt es in klare Rollenbilder zu überführen (vgl. hierzu *Abschnitt 21.1*). Die zunehmenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten – inklusive der Akademisierung der Pflege – sowie die stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit führen zu einer Veränderung des Berufsbilds der (Intensiv-)Pflegekraft. Die Veränderungen resultieren aufgrund der zusätzlich erworbenen Kompetenzen auch in dem Berufsbild neu zugesprochenen Tätigkeiten und Verantwortungen. Eine Möglichkeit der Strukturierung und Definierung dieser Rollen bietet das kanadische CanMEDS-Modell, das ursprünglich zur Formulierung der Rollen unter Humanmediziner:innen geschaffen wurde, mittlerweile jedoch weltweit auf alle Gesundheitsberufe übertragen wurde. Das Modell unterstützt neben dem Schaffen klarer Rollenbilder auch dabei, die Kompetenzen und Fähigkeiten für die einzelnen Berufsbilder festzulegen.<sup>3</sup> Diese können genutzt werden, um Ausbildungsinhalte abzuleiten und den Ausgangspunkt für die jeweiligen Curricula zu schaffen. Durch das Schaffen klarer Strukturen können die jeweiligen Ausbildungswege klar aufgezeigt werden. Dies vereinfacht Interessierten das derzeit komplexe System nachvollziehen und verstehen zu können und sich für einen Ausbildungsweg zu entscheiden.

In diesem Kontext bedarf es auch des Ausschöpfens des bereits bestehenden Potentials durch die generalistische Ausbildung. Während es unter dieser bereits möglich ist, Praxisstunden auf der Intensivstation zu absolvieren, ist dies bei Kliniken und Auszubildenden nicht immer ausreichend präsent. Durch das Sammeln von Praxiserfahrung auf der Intensivstation kann das Interesse für die Intensivmedizin geweckt werden und dazu beitragen, dass Absolvent:innen der generalistischen Ausbildung eine Fachweiterbildung anstreben.

Um den neu definierten Rollen und Berufsbildern gerecht zu werden, gilt es in einem weiteren Schritt das Aus- und Weiterbildungsangebot auszuweiten. Hierunter fällt z.B. die Akademisierung von Pflegekräften. Im Anschluss an ein Bachelorstudium sollte neben der bereits bestehenden Fachweiterbildung zur Anästhesie- und Intensivpflegefachkraft ein Masterstudium angeschlossen werden. Da es im Studiensystem nach dem Bologna-Prozess möglich ist, nach dem Bachelorabschluss direkt ein Masterstudium anzuschließen, sollte diese Vorgehensweise auch von grundständiger Krankenpflegeausbildung zu Fachweiterbildung gelten. Es wäre also zu überdenken, die Möglichkeit zu eröffnen ohne bzw. mit verkürzter Berufserfahrung in der Intensivpflege, in die Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivmedizin einsteigen zu können. In Bayern wird derzeit eine sechsmonatige Berufserfahrung in der Intensiv- oder Anästhesiepflege vorausgesetzt, um die Fachweiterbildung

---

<sup>3</sup> Siehe hierzu <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>, zuletzt geprüft am 19.12.2022

beginnen zu können. Eine Verkürzung kann jedoch nur mit entsprechender fachlicher Unterstützung der Station in Form eines Mentoring-Programms, bzw. einer ausgeprägten Einarbeitung funktionieren, damit sich die Berufsanfänger:innen nicht überfordert und allein gelassen fühlen.

In dem akademischen Weg besteht die Möglichkeit, die bisherige Fachweiterbildung als Masterstudium anzubieten. So wäre es möglich, nach einem Bachelor of Nursing, z.B. einen Master in **Advanced Nursing Practice** anzustreben, der auf den Intensivbereich spezialisiert ist. Dieser Ansatz hätte den Vorteil, dass die Pflegenden akademisch ausgebildet sind und mit vertieften praktischen Kenntnissen tätig sind, sie somit dem Klinikalltag, bzw. der Arbeit an Patient:innen nicht verloren gehen. Gleichzeitig muss der Handlungsspielraum für diese Pflegeexpert:innen erweitert werden, damit sie ihre Fähigkeiten auch einsetzen können. In einem weiteren Schritt gilt es besonders lernfähige und -willige Auszubildende spezifisch zu fördern. Hier könnte bspw. über eine verkürzte Ausbildungszeit – wie in anderen Ausbildungsberufen üblich – nachgedacht werden. Zur Qualitätssicherung gilt es Zwischenprüfungen oder -evaluationen durchzuführen. Verantwortlich für die Umsetzung der Anpassung der Aus- und Weiterbildung ist vor allem die Landespolitik.

Die Landespolitik kann darüber hinaus dazu beitragen, den Bildungsurlaub in Bayern zu fördern bzw. die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Angestellten ein entsprechender Anspruch auf Bildungsurlaub durch die Arbeitgeber:innen eingeräumt wird. Der Bildungsurlaub kann für entsprechende Weiterbildungen genutzt werden und umfasst eine Freistellung von der Arbeit zum Zwecke der Weiterbildung. Somit kann die Attraktivität für Weiterbildungen gesteigert werden und gleichzeitig zur Entlastung von Pflegekräften beitragen, die sich für eine Weiterbildung entschieden haben.

Eine weiteres Handlungsfeld, das in der Umsetzung durch die Bundespolitik liegt, ergibt sich aus der Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen, die dem Wissenszuwachs dienen und zur Steigerung der Kompetenz der Intensivpflegekräfte beitragen. Denkbar ist ein an das ärztliche Fortbildungssystem angelehnte Konzept der CME-Fortbildungen. Das Verpflichten von Pflegekräften, eine definierte Anzahl an Fortbildungspunkten innerhalb eines vorgeschriebenen Zeitraums zu erbringen, kann die Intensivpflegekräfte vor Überforderung am Arbeitsplatz schützen und sich letztlich positiv auf die Patient:innensicherheit auswirken.

### 21.3 Work-Life-Balance als Leitbild für den Reformprozess etablieren

Work-Life-Balance als Leitbild für den Reformprozess etablieren heißt innere und äußere Arbeitsbedingungen verbessern durch:

1. Umfassende Reform der Arbeitszeitregelungen

2. Ausbau des sozialen Arbeitsumfeldes
3. Leistungsgerechte Bezahlung
4. Nutzung des Digitalisierungspotenzials

Im Hinblick auf die Verbesserung der allgemeinen Zufriedenheit mit der Pfl egetätigkeit, die sich wiederum auf die wahrgenommene Arbeitsbelastung und eine mögliche Fluktuation auswirkt, ergibt sich die Empfehlung der Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen. Diese Empfehlung zielt zum einen auf die Arbeitsinnensicht, d.h. auf Faktoren, die sich auf die Pfl egetätigkeit selbst beziehen, ab. Zum anderen rekurriert sie auf die Arbeitsaußensicht, d.h. alle die Pfl egetätigkeit tangierenden Faktoren.

Ziel ist es, bei allen in der Pflege durchführenden Reformen die Work-Life-Balance als zentrales Leitbild heranzuziehen. Im Kontext der **Arbeitsaußensicht** geht damit die Überarbeitung der Arbeitszeitregelungen einher. Durch die **Flexibilisierung der Arbeitszeiten** können die **Bedürfnisse der Beschäftigten** berücksichtigt und eine Erhöhung der Mitarbeiter:innenquote erreicht werden. **Eine Steigerung oder Reduzierung der Arbeitszeiten und Flexibilisierung von 4 bis 12 Stundenmodellen** wird auch in internationalen Studien befürwortet (siehe hierfür *TEIL II: Systematischer Literaturreview mit Snowballing-Verfahren*). Die historisch gewachsenen Denkmuster – wie bspw. der Dienstbeginn um 06.00 Uhr – müssen durchbrochen werden, um eine Work-Life-Balance zu ermöglichen, die ebenso die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – darunter sowohl die Betreuung von Kindern als auch von pflegenden Angehörigen – inkludiert. Eine individuelle Anpassung an die Lebensgestaltung führt darüber hinaus zu mehr Zufriedenheit und Wohlbefinden und signalisiert *Wertschätzung* des Berufs. Die Flexibilisierung der Arbeitszeiten umfasst ebenfalls das Ermöglichen von längeren Arbeitszeiten wie bspw. 12-Stundenschichten, sofern dies von den Arbeitnehmer:innen – bspw. aufgrund der privaten Situation – gewünscht ist. Diese sollten nicht als fixes System, sondern als optionale Ergänzung zu dem bereits bestehenden System eingeführt werden. Hier gilt es von Seiten der Politik entsprechende rechtliche Grundlagen zu schaffen. Auch Modelle wie das in *Abschnitt 20* angeführte 7/7-Projekt sind für die Intensivpflege denkbar. Durch die bessere Planbarkeit für die Pflegekräfte kommt es zu weniger Ausfällen und einer höheren Arbeitszufriedenheit. Im Hinblick auf die Reform der Arbeitszeitmodelle gilt es unternehmensspezifisch zu handeln. Durch Partizipation der Beschäftigten können spezifische Modelle erarbeitet werden, die die Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen berücksichtigen (vgl. hierzu *Abschnitt 21.1*). Digitale Unterstützungssysteme zur besseren und einfacheren Dienstplangestaltung nach den individuellen Bedürfnissen der Pflegekräfte ist derzeit Gegenstand des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projekts „DAmPf“. Die Forschungsergebnisse gilt es bei einem landesweiten Einsatz entsprechender Systeme zu berücksichtigen.

Die Betreuungssituation von Kindern wirkt sich ebenfalls auf die Work-Life-Balance aus. Hier gilt es grundsätzlich **kliniknahe Betreuungsmöglichkeiten**, die ein bedarfsgerechtes Angebot, darunter auch eine Betreuung zu Tagesrand- und Nachtzeiten sowie am Wochenende, umfassen, zu schaffen. Neben dem **Kinderbetreuungsangebot**, sollte auch mehr der Fokus auf **pflegende Angehörige** gelegt werden. Nicht nur das Ausweiten der Angebote um bspw. verlängerte Öffnungszeiten gilt es voranzubringen, sondern auch das Bereitstellen ausreichend verfügbarer Betreuungsplätze. **Bis mehr Angebote geschaffen** sind, wäre eine **Priorisierung der Plätze** zielführend, um insbesondere Arbeitnehmer:innen sozialer Berufe Betreuungsmöglichkeiten anbieten zu können. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass das Schaffen zusätzlicher Kapazitäten weniger beschleunigt wird.

Im Hinblick auf **regionale Unterschiede** gilt es darüber hinaus spezifische Angebote zu schaffen. Während in ländlichen Regionen die Anfahrtswege für die Pflegekräfte und Rettungswagen deutlich länger sind als in städtischen Gebieten, herrscht in diesen eher Knappheit an bezahlbarem Wohnraum. Spezifische Angebote wie bspw. spezielle **Shuttlebusse** für Mitarbeiter:innen in infrastrukturschwachen Regionen können zur Mitarbeiter:innenbindung und Gewinnung neuer Pflegekräfte beitragen. Für städtische Gebiete wird der **Ausbau von bezahlbarem Wohnraum**, bspw. auch in Form von Wohnheimen (z.B. für Auszubildende), gefordert. Dies darf nicht zu steuerlichen Benachteiligungen führen. Vor diesem Hintergrund scheint eine **Ballungsraumzulage** auch für Pflegekräfte zielführend.

Für eine ausgeglichene Work-Life-Balance gilt es den Pflegekräften **Erholungspausen konsequent zu gewährleisten**, um zur Stressreduktion während der Arbeitszeit und damit letztlich zur Patient:innensicherheit beizutragen, und das soziale Arbeitsumfeld zu verbessern. Hierunter wird bspw. die Arbeitsplatzgestaltung verstanden, indem für Erholungspausen entsprechende Pausen- und Aufenthaltsräume geschaffen werden, sodass während der Pausen Abstand vom Geschehen auf der (Intensiv-)Station gewährleistet werden kann. Sogenannte „Mütterdienste“ und Rotationsangebote können zur Abdeckung der Pausenzeiten und punktuell zur weiteren Entlastung der Pflegekräfte durch unterstützende Tätigkeiten beitragen. Durch **Kontrollinstanzen** durch die Politik gilt es die konsequente Einhaltung der Pausen zu überprüfen, die Einhaltung ist jedoch von den Kliniken selbst bzw. ihren Führungskräften umzusetzen.

Eine weitere Empfehlung zur Verbesserung der Mitarbeiter:innenzufriedenheit bezieht sich auf die **Gewährleistung einer leistungsgerechten Vergütung**, die sich direkt oder indirekt auf die Work-Life-Balance auswirkt. Eine leistungsgerechte Vergütung ist letztlich ebenso Ausdruck von *Wertschätzung*. Die in *Abschnitt 20* aufgeführten unterschiedlichen Optionen zur Honorierung der Pflgetätigkeit gilt es entsprechend umzusetzen. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Kliniken und ihre Führungskräfte. Wenngleich die Krankenhäuser hier in erster Linie agieren sollten, muss die Politik hier mitgestalten und ggf. Gesetze erlassen.

Unter der **Arbeitsinnensicht** wird unter anderem die Entlastung der Pflegekräfte durch die Reduktion patientenferner Tätigkeiten verstanden, der Verbesserung der IT und der Nutzung innovativer Unterstützungsformen wie Robotik. Die Digitalisierung ist zukünftig elementar in den Kliniken und wird auch von der Bundesebene im Krankenhauszukunftsgesetz gefördert. Durch die Einführung von Stations-/Bereichs-Laptops und darin geführten elektronischen Patient:innenakten würde eine erhebliche Entlastung ermöglicht. Digitale Endgeräte können gerade zu den Pflegevisiten zur Verschlankung von Prozessen führen, indem z.B. aktuelle Prozesse dokumentiert und die Verfügbarkeit von Formularen und Patient:inneninformationen gewährleistet sind. Das Ausschöpfen des Potentials der Digitalisierung setzt eine entsprechende Infrastruktur voraus, sodass **der Breitbandausbau** seitens der Politik vorangetrieben werden sollte. Durch das Bundesförderprogramm Breitband soll der flächendeckende Ausbau mit Gigabit-Netzen bis 2025 erfolgen. Von dem Programm sollen vor allem Regionen profitieren, in denen der Ausbau nicht wirtschaftlich ist und dieser daher durch öffentliche monetäre Zuschüsse gefördert werden soll (vgl. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur BMVI 2022). Zur Förderung des Ausbaus der Digitalisierung in der Pflege kann auf das Projekt Care-Regio und das „Bayerische Forschungszentrum Pflege Digital (BZPD)“ in Kempten verwiesen werden. Diese Institutionen könnten mögliche Lösungen im Zusammenhang der Digitalisierung in der Pflege/Krankenhaus erarbeiten.

## 21.4 Pflege als zentralen Baustein der grundsätzlichen Reformen im Gesundheitswesen anerkennen

Pflege als zentralen Baustein der grundsätzlichen Reformen im Gesundheitswesen anerkennen heißt:

1. Berücksichtigung von Vorhaltekosten bei der Krankenhausfinanzierung
2. Qualitätswettbewerb stärken
3. Sektorenübergreifende Beschäftigungsmodelle etablieren
4. Gefahren- und Gesundheitsschutz verbessern

In der Pflege gilt es einige Reformen anzustoßen, um die intensivmedizinische Versorgung sicherzustellen. Dies umfasst zum einen die **Berücksichtigung von Vorhaltekosten** bei der Krankenhausfinanzierung. Diese zielt insbesondere auf den derzeit bestehenden Fehlanreiz ab, der durch die Erbringung elektiver und damit erlösbringender Fälle einhergeht. Dies führt dazu, dass Intensivstationen teilweise keine verfügbaren Kapazitäten für Notfälle vorhalten, sodass dies in langen Fahrtzeiten für den Rettungsdienst resultiert. Diesem Fehlanreiz kann entgegengewirkt werden, indem Kapazitäten für Notfälle freigehalten werden und diese im Rahmen von Vorhaltekosten – vergleichbar mit der Bezahlung der Berufsfeuerwehr – vergütet werden. Die verbesserte Planung der elektiven

Eingriffe obliegt der Klinikleitung bzw. ihren Führungskräften. Es ist anzunehmen, dass die aktuell diskutierte Krankenhausreform, die u. a. die Einführung eines Vorhaltebudgets als weitere Säule der Krankenhausfinanzierung vorsieht, keine weitreichenden Auswirkungen auf die Vorhaltefinanzierung der (intensivmedizinischen) Pflege hat, da die Pflegepersonalkosten bislang über das Pflegebudget unbegrenzt und vollständig durch die Kostenträger finanziert wurden und damit insoweit bereits bislang eine DRG-behandlungsleistungsunabhängige Finanzierung gewährleistet war. Dies soll unverändert bleiben.

Darüber hinaus trägt ein stärkerer **Wettbewerb** dazu bei, die Qualität zu verbessern. Hierbei gilt es das **Branding** stärker zu nutzen. Durch das Schaffen und Identifizieren klarer Unternehmenswerte, die nicht nur nach Außen in Form von Marketingmaßnahmen getragen werden, sondern auch zur Identifizierung der Mitarbeiter:innen mit dem Unternehmen dienen, kann es geschafft werden, eine Unternehmenskultur zu generieren, die zur stärkeren Mitarbeiter:innenbindung beiträgt. Dies geht auch einher mit der Pilotierung sogenannter **Magnetkrankenhäuser**. Durch das Etablieren arbeitnehmer:innenfreundlicher Kriterien – insbesondere für Pflegekräfte – kann es gelingen, vorhandene Fachkräfte zu halten und neue für sich zu gewinnen. Branding und die Durchführung von **Marketingmaßnahmen** beziehen sich darüber hinaus auch auf den Beruf der Intensivpflegekraft an sich und sind nicht nur unternehmensgebunden. Das Herausstellen der Wertigkeit des Pflegeberufs gilt es im Allgemeinen zu fördern und gleichzeitig in den Kliniken zu leben. Das Bewerben des Berufsbilds ist hierbei ein wichtiges Instrument, um neue Pflegekräfte für sich gewinnen zu können. Dies wird bereits in der bayerischen Kampagne „NEUEPFLEGE.bayern“ umgesetzt. Ein weiteres Ziel ist es durch **Mitarbeiter:innengewinnung aus dem Ausland** neue Pflegekräfte zu generieren. Hierbei gilt es insbesondere solche Konzepte zu schaffen, die nicht zur Verschlechterung der (Intensiv-)Pflegesituation im Ursprungsland beitragen, sondern gezielt Qualifikationsmöglichkeiten zu schaffen. Weiterhin sollten in andere Berufe oder ins Ausland abgewanderte Pflegekräfte zurückgewonnen werden. Hierbei sollten solche Anreize geschaffen werden, die gezielt die Motivation zur Abwanderung – wie bspw. bessere Arbeitsbedingungen, Einklang von Beruf und Familie oder die Sicherung der Work-Life-Balance – berücksichtigen. Insbesondere werden hierbei die Politik sowie die Klinikleitungen in der Verantwortung gesehen, die Rahmenbedingungen für entsprechende Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Eine weitere Reform sollte die **sektorenübergreifenden Beschäftigungsmodelle** umfassen. Es sollten Modelle geschaffen werden, unterschiedliche Tätigkeiten im Bereich der Pflege (sektorenübergreifend) zu kombinieren, die zur Entlastung und Abwechslung der Haupttätigkeit beitragen. Beispielsweise könnte eine sektorenübergreifende Beschäftigung vorteilhaft sein. In diesem Rahmen könnten Intensivpflegekräfte neben ihrer eigentlichen Beschäftigung beispielsweise im geringen Umfang als Community Health oder School Nurses tätig sein. Community Health Nurses fungieren als Bindeglied

zwischen ambulantem und stationärem Sektor und sind neben der Sicherung der Primärversorgung ebenso für präventive und gesundheitsförderliche Programme oder der Begleitung von chronisch Erkrankten verantwortlich. Gleichzeitig bietet der im geringen Umfang, aber kontinuierliche Einsatz von Community Health und School Nurses die Chance, dass mehr Pflegekräfte mit den Prozessen und Tätigkeiten auf der Intensivstation vertraut werden und insbesondere bei punktuell erhöhtem Kapazitätsbedarf das Intensivpflegeteam unterstützen können. Neben Community Health Nursing und School Nurses können auch Advanced Practice Nurses dazu beitragen, das Berufsbild der Pflegenden zu verbessern. Advanced Practice Nurses sind akademisierte Pflegekräfte, die über Kompetenzen im Rahmen der Entscheidungsfindung bei komplexen medizinischen bzw. pflegerischen Sachverhalten verfügen. Dies scheint vor allem in der intensivmedizinischen Pflege angezeigt (vgl. Lauerer et al. in Druck).

Vor dem Hintergrund der Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress von Pflegekräften – insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der COVID-19-Pandemie – zielt eine weitere Maßnahme darauf ab, **Schutz vor Gefahren** zu bieten und das Befähigen, die eigene Gesundheit zu schützen, zu unterstützen, ab. Hierunter wird die konsequente Umsetzung der Arbeitsschutzmaßnahmen oder des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements verstanden. Wie in Kapitel 9.2.2 aufgezeigt, ist dies insbesondere unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie von Relevanz, bspw. bzgl. der Bereitstellung von ausreichend Schutzausrüstung. Darüber hinaus gilt es das Betriebliche Gesundheitsmanagement flächendeckend einzuführen. Durch regelmäßige Bedarfs- und Bedürfnisanalysen können auf Intensivpflegekräfte spezifizierte Angebote geschaffen werden. Neben der Politik sind ebenfalls die Kliniken und die Führungskräfte inklusive der Stations- und Pflegedienstleitung für die Umsetzung von Bedeutung. Neben dem Bereitstellen der Mittel und dem Überprüfen der Einhaltung bestehender Regularien gilt es die Inanspruchnahme bestehender Angebote zu fördern. Hier wird insbesondere auf die besondere Rolle der Pflegedienstleitung, die im direkten Kontakt mit den Pflegekräften steht, abgestellt. Dieser wird darüber hinaus auch in der kontinuierlichen Begleitung der Pflegekräfte eine Schlüsselrolle zugesprochen. Im Hinblick auf das Schaffen entsprechender Regularien bedarf es Handlung durch die Politik.

## Literaturverzeichnis

- Akca, Selda; Kugler, Christiane (2016): Empowerment von Pflegenden in Akutkrankenhäusern. In: Guido Becke, Peter Bleses, Frerich Frerichs, Monika Goldmann, Barbara Hinding und Martin K.W. Schweer (Hg.): Zusammen - Arbeit - Gestalten: Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 261–282. Online verfügbar unter [https://doi.org/10.1007/978-3-658-04059-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-658-04059-8_15).
- Anderson, Natalie; Pio, Fofoa; Jones, Peter; Selak, Vanessa; Tan, Eunicia; Beck, Sierra et al. (2021): Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing: A national survey of emergency department staff. In: *International emergency nursing* 57, S. 101046. DOI: 10.1016/j.ienj.2021.101046.
- Ansmann, Lena; Venedey, Vera; Hillen, Hendrik Ansgar; Stock, Stephanie; Kuntz, Ludwig; Pfaff, Holger et al. (2021b): Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of cologne. In: *Journal of health organization and management* 35 (9), S. 211–227. DOI: 10.1108/JHOM-12-2020-0478.
- Auffenberg et al. (2022): [https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Politik/Rente\\_Gesundheit\\_Pflege/Bundesweite\\_Studie\\_Ich\\_pflege\\_wieder\\_wenn\\_Langfassung.pdf](https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf).
- Aviles Gonzalez, Cesar Ivan; Galletta, Maura; Chessa, Elsa; Melis, Paola; Contu, Paolo; Jimenez Herrera, Maria Francisca (2019): Caring efficacy: nurses' perceptions and relationships with work-related factors. In: *Acta bio-medica : Atenei Parmensis* 90 (11-S), S. 74–82. DOI: 10.23750/abm.v90i11-S.8684.
- Baskin, Rachel G.; Bartlett, Robin (2021): Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. In: *Journal of nursing management* 29 (8), S. 2329–2342. DOI: 10.1111/jonm.13395.
- Bateman, R. M.; Sharpe, M. D.; Jagger, J. E.; Ellis, C. G.; Solé-Violán, J.; López-Rodríguez, M. et al. (2016): 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine : Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. In: *Critical care (London, England)* 20 (Suppl 2), S. 94. DOI: 10.1186/s13054-016-1208-6.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2022): Generalistische Pflegeausbildung. Online verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung/>.



- Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, STMGP (2022 a): NEUE PFLEGE Bayern. Online verfügbar unter <https://www.neuepflege.bayern/ueber-die-kampagne-neuepflege-bayern>.
- Berberat et al. (2020): IPANEO. Projekt „Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Neonatologie - Gemeinsam einen guten Start ermöglichen (IPANEO)“. Online verfügbar unter <http://www.mec.med.tum.de/de/ipaneo-robert-bosch-2019-2020>.
- Blanco-Donoso, Luis Manuel; Garrosa, Eva; Demerouti, Evangelia; Moreno-Jiménez, Bernardo (2017): Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. In: *International Journal of Stress Management* 24 (2), S. 107–134. DOI: 10.1037/str0000023.
- Blum, K.; Löffert, S. (2021): Abwanderungen aus der Intensivpflege. Düsseldorf. Hg. v. DKI.
- Bozdağ, Faruk; Ergün, Naif (2021): Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic. In: *Psychological reports* 124 (6), S. 2567–2586. DOI: 10.1177/0033294120965477.
- Brofidi, Kalliopi; Vlasiadis, Konstantinos; Philalithis, Anastas (2018): Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study. In: *Journal of research in nursing : JRN* 23 (6), S. 535–545. DOI: 10.1177/1744987118788705.
- Bruni, Rebecca A.; Laupacis, Andreas; Martin, Douglas K. (2008): Public engagement in setting priorities in health care. In: *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 179 (1), S. 15–18. DOI: 10.1503/cmaj.071656.
- Bruyneel, Arnaud; Smith, Pierre; Tack, Jérôme; Pirson, Magali (2021): Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. In: *Intensive & critical care nursing* 65, S. 103059. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103059.
- Bundesgesundheitsministerium (2021): Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>, zuletzt aktualisiert am 23.07.2021, zuletzt geprüft am 03.09.2022.
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur BMVI (2022): Digitalisierung Breitbandausbau. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/wirksam-regieren/breitbandausbau-1938696>.
- Bundesrechnungshof (2021): Bericht an den Haushaltsausschuss des deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds des Gesundheitsfonds.

- Carmassi, Claudia; Dell'Oste, Valerio; Bui, Eric; Foghi, Claudia; Bertelloni, Carlo Antonio; Atti, Anna Rita et al. (2022): The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. In: *Journal of affective disorders* 298 (Pt A), S. 209–216. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.128.
- Cheval, Boris; Cullati, Stéphane; Mongin, Denis; Schmidt, Ralph E.; Lauper, Kim; Pihl-Thingvad, Jesper et al. (2019): Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: international prospective cohort study of novice healthcare professionals. In: *Swiss Medical Weekly* 149, w20074. DOI: 10.4414/smw.2019.20074.
- Cho, Hyeonmi; Sagherian, Knar; Steege, Linsey M. (2021): Hospital Nursing Staff Perceptions of Resources Provided by Their Organizations During the COVID-19 Pandemic. In: *Workplace health & safety* 69 (4), S. 174–181. DOI: 10.1177/2165079920987543.
- Christian, Francis; Muppavarapu, Kalyan; Aston, Christopher; Bauer, Chee Yoon; Doshi, Viral (2019): 0630 Sleep Health of Nursing Staff in an Academic Medical Center: Results of a Survey Study. In: *Sleep* 42 (Supplement\_1), A251-A251. DOI: 10.1093/sleep/zsz067.628.
- Christianson, Jacqueline; Guttormson, Jill; McAndrew, Natalie Susan; Calkins, Kelly (2022): Impact of COVID-19 on Intensive Care Unit Nurse Duty of Care and Professional Roles: A Qualitative Content Analysis. In: *SAGE open nursing* 8, 23779608221113539. DOI: 10.1177/23779608221113539.
- Christodoulou-Fella, Maria; Middleton, Nicos; Papathanassoglou, Elizabeth D. E.; Karanikola, Maria N. K. (2017): Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. In: *BioMed research international* 2017, S. 1908712. DOI: 10.1155/2017/1908712.
- Cichocki, Martin; Quehenberger, V.; Zeiler, M.; Krajic, K. (2015): Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung. In: *Präv Gesundheitsf* 10 (3), S. 206–211. DOI: 10.1007/s11553-015-0498-x.
- Corlade-Andrei, Mihaela; Măirean, Cornelia; Nedelea, Paul; Grigorași, Gabriela; Cimpoeșu, Diana (2022): Burnout Syndrome among Staff at an Emergency Department during the COVID-19 Pandemic. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10 (2). DOI: 10.3390/healthcare10020258.
- Coşkun Şimşek, Didem; Günay, Ulviye (2021): Experiences of nurses who have children when caring for COVID-19 patients. In: *International nursing review* 68 (2), S. 219–227. DOI: 10.1111/inr.12651.

Costea, Florea; Salceanu, Mihai; Staicu, Iulia; Andreescu, Alexandru (2021): "Burnout Syndrome in the Emergency Department of the Central Military Emergency Hospital before and during the COVID-19 pandemic". In: *RJMM* 124 (1), S. 22–28. DOI: 10.55453/rjmm.2021.124.1.3.

Dall'Ora, Chiara; Ball, Jane; Redfern, Oliver; Recio-Saucedo, Alejandra; Maruotti, Antonello; Meredith, Paul; Griffiths, Peter (2019): Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. In: *Journal of nursing management* 27 (1), S. 19–26. DOI: 10.1111/jonm.12643.

Davey, Zoe; Jackson, Debra; Henshall, Catherine (2020): The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. In: *International journal of mental health nursing* 29 (5), S. 992–1001. DOI: 10.1111/inm.12739.

d'Ettorre, Gabriele; Ceccarelli, Giancarlo; Santinelli, Letizia; Vassalini, Paolo; Innocenti, Giuseppe Pietro; Alessandri, Francesco et al. (2021): Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (2). DOI: 10.3390/ijerph18020601.

Deutsche Fachpflege (2022): Außerklinische Intensivpflege: Die Chance für große Zufriedenheit im Beruf. Online verfügbar unter <https://deutschefachpflege-gruppe.de/ausserklinische-intensivpflege-mehr-zufriedenheit-im-job/>.

Deutsche Seniorenstift Gesellschaft (DSG) (o. J.): Leitfaden zum „7/7-Arbeitszeit-Modell“ für Pflegekräfte. Innovative Arbeitszeitgestaltung in Pflegeeinrichtungen der Altenpflege: Online verfügbar unter <https://deutsche-seniorenstift.de/karriere/innovatives-arbeitszeitmodell-77/>.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Berufsverband e. V. (Hg.) (2019): Ergebnisse einer Online-Umfrage zum "Dienstplan". Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Umfrage-Dienstplan-Ergebnisse.pdf>, zuletzt geprüft am 03.10.2022.

Die Bundesregierung (2021): Konzertierte\_Aktion\_Pflege/KAP. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/KAP\\_Zweiter\\_Bericht\\_zum\\_Stand\\_der\\_Umsetzung\\_der\\_Vereinbarungen\\_der\\_Arbeitsgruppen\\_1\\_bis\\_5.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf).

Dimitriu, Mihai C. T.; Pantea-Stoian, Anca; Smaranda, Alexandru C.; Nica, Anca A.; Carap, Alexandru C.; Constantin, Vlad D. et al. (2020): Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. In: *Medical hypotheses* 144, S. 109972. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.109972.

DIVI Intensivregister (2022). Online verfügbar unter <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, zuletzt aktualisiert am 18.08.2022, zuletzt geprüft am 19.08.2022.

Dixon, Emma; Murphy, Margaret; Wynne, Rochelle (2022). In: *Australasian emergency care* 25 (3), S. 247–252. DOI: 10.1016/j.auec.2021.12.001.

Duffield, Christine; Roche, Michael A.; Wise, Sarah; Debono, Deborah (2020): Harnessing ward-level administrative data and expert knowledge to improve staffing decisions: A multi-method case study. In: *Journal of advanced nursing* 76 (1), S. 287–296. DOI: 10.1111/jan.14207.

eGesundheit.nrw (2022): KI-PEPS. KI-PEPS – KI-unterstützte Personaleinsatzplanung und -steuerung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://egesundheit.nrw.de/projekt/ki-peps/>, zuletzt aktualisiert am 18.11.2022.

Eriksson, Andrea; Jutengren, Göran; Dellve, Lotta (2021): Job demands and functional resources moderating assistant and Registered Nurses' intention to leave. In: *Nursing open* 8 (2), S. 870–881. DOI: 10.1002/nop2.694.

Eriksson, Andrea; Vulkan, Patrik; Dellve, Lotta (2022): A Case Study of Critical Reasons Behind Hospital Nurses Turnover Due to Challenges Across System Levels. In: *Journal of multidisciplinary healthcare* 15, S. 1213–1224. DOI: 10.2147/JMDH.S363390.

Esslinger, Adelheid Susanne; Heyden, Birgit; Salinger, Franziska; Anli-Berk, Saadet (2019): Magnetkräfte in deutschen Gesundheitseinrichtungen. In: *Internationalisierung im Gesundheitswesen*: Springer Gabler, Wiesbaden, S. 199–225.

Eurostat (2021): Krankenhausbetten. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 02.07.2021, zuletzt geprüft am 27.08.2022.

Fagerström, Lisbeth; Kinnunen, Marina; Saarela, Jan (2018): Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. In: *BMJ open* 8 (4), e016367. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016367.

Flachenecker Bianca (2021): 7/7-Arbeitszeitmodell: Stabilität und Ausgleich. Online verfügbar unter <https://www.hcm-magazin.de/7-7-arbeitszeitmodell-stabilitaet-und-ausgleich-257530/>.

Fleuren, Bram P. I.; Poesen, Lieze T.; Gifford, Rachel E.; Zijlstra, Fred R. H.; Ruwaard, Dirk; van de Baan, Frank C.; Westra, Daan D. (2021): We're Not Gonna Fall: Depressive Complaints, Personal Resilience, Team Social Climate, and Worries about Infections among Hospital Workers during a Pandemic. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (9). DOI: 10.3390/ijerph18094701.

Foli, Karen J.; Forster, Anna; Cheng, Chang; Zhang, Lingsong; Chiu, Yu-Chin (2021): Voices from the COVID-19 frontline: Nurses' trauma and coping. In: *Journal of advanced nursing* 77 (9), S. 3853–3866. DOI: 10.1111/jan.14988.

Galletta, Maura; Portoghese, Igor; Melis, Paola; Gonzalez, Cesar Ivan Aviles; Finco, Gabriele; D'Aloja, Ernesto et al. (2019): The role of collective affective commitment in the relationship between work-family conflict and emotional exhaustion among nurses: a multilevel modeling approach. In: *BMC nursing* 18, S. 5. DOI: 10.1186/s12912-019-0329-z.

Gausvik, Christian; Lautar, Ashley; Miller, Lisa; Pallerla, Harini; Schlaudecker, Jeffrey (2015): Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. In: *Journal of multidisciplinary healthcare* 8, S. 33–37. DOI: 10.2147/JMDH.S72623.

G-BA (2022): Sicherstellungszuschläge-Regelungen - Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/89/>, zuletzt aktualisiert am 09.12.2022, zuletzt geprüft am 09.12.2022.

Gifford, Rachel E.; van de Baan, Frank C; Westra, Daan; Ruwaard, Dirk; Zijlstra, Fred R. H.; Poesen, Lieze T.; Fleuren, Bram P. I. (2022): There and back again. Examining the development of employee commitment during a prolonged crisis. In: *SSM. Qualitative research in health* 2, S. 100053. DOI: 10.1016/j.ssmqr.2022.100053.

Gillet, Nicolas; Huyghebaert-Zouaghi, Tiphaine; Réveillère, Christian; Colombat, Philippe; Fouquereau, Evelyne (2020): The effects of job demands on nurses' burnout and presenteeism through sleep quality and relaxation. In: *Journal of Clinical Nursing* 29 (3-4), S. 583–592. DOI: 10.1111/jocn.15116.

Gokcen, N.; Coskun Benlidayi, I.; Tamam, L.; Demirkol, M. E.; Yesiloglu, C.; Guzel, R. (2021): AB0896-HPR THE EVALUATION OF TYPE D PERSONALITY AND SELF-ESTEEM IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA. In: *Ann Rheum Dis* 80 (Suppl 1), 1471.2-1472. DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-eular.3155.

Griffiths, Peter; Saville, Christina; Ball, Jane; Jones, Jeremy; Pattison, Natalie; Monks, Thomas (2020): Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. In: *International Journal of Nursing Studies* 103, S. 103487. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487.

Griffiths, Peter; Saville, Christina; Ball, Jane E.; Jones, Jeremy; Monks, Thomas (2021): Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. In: *International Journal of Nursing Studies* 117, S. 103901. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103901.

- Guttormson, Jill L.; Calkins, Kelly; McAndrew, Natalie; Fitzgerald, Jacklynn; Losurdo, Holly; Loonsfoot, Danielle (2022): Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey. In: *Heart & lung : the journal of critical care* 55, S. 127–133. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2022.04.015.
- Hackmann et al. (2018): Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege Probleme und Herausforderungen.
- Halter, Mary; Boiko, Olga; Pelone, Ferruccio; Beighton, Carole; Harris, Ruth; Gale, Julia et al. (2017): The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. In: *BMC health services research* 17 (1), S. 824. DOI: 10.1186/s12913-017-2707-0.
- Hämmig, Oliver (2018): Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 785. DOI: 10.1186/s12913-018-3556-1.
- Jo, Soojung; Kurt, Sule; Bennett, Jo Anne; Mayer, Kala; Pituch, Keenan A.; Simpson, Vicki et al. (2021): Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. In: *Nursing & health sciences* 23 (3), S. 646–657. DOI: 10.1111/nhs.12863.
- Karagiannidis, C.; Janssens, U.; Krakau, M.; Windisch, W.; Welte, T.; Busse, R. (2020): Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft.
- Koch, Peter; Zilezinski, Max; Schulte, Kevin; Strametz, Reinhard; Nienhaus, Albert; Raspe, Matthias (2020): How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (8). DOI: 10.3390/ijerph17082714.
- Konnegen, Isabell (2022): Das Regensburger Modell. Online verfügbar unter <https://www.medi-karriere.de/magazin/das-regensburger-modell/>.
- Lasater, Karen B.; Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; French, Rachel; Martin, Brendan; Reneau, Kyrani et al. (2021): Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. In: *BMJ quality & safety* 30 (8), S. 639–647. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011512.
- Lauerer, Michael; Negele, Daniel; Linstedt, Ulrike; Nagel, Eckhard (in Druck): Ambulant und stationär zusammengedacht: Ambulant und stationär zusammengedacht: Chancen einer sektorenübergreifenden Versorgung. In: Vera Antonia Büchner, Roland Engehausen, Marie Peters und Maria Maria Schwaiberger (Hg.): *Zukunft der Pflege im Krankenhaus gestalten - Probleme erkennen, Profession entwickeln, Potentiale fördern*.

- Leber, W.-D. (2022): GKV-Kliniksimulator. GKV. Online verfügbar unter <https://www.gkv-kliniksimulator.de/#334003>, zuletzt aktualisiert am 09.12.2022, zuletzt geprüft am 09.12.2022.
- Lee, Seung Eun; MacPhee, Maura; Dahinten, V. Susan (2020): Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave. In: *Japan journal of nursing science : JJNS* 17 (1), e12263. DOI: 10.1111/jjns.12263.
- Lögde, Ann; Rudolfsson, Gudrun; Broberg, Roma Runesson; Rask-Andersen, Anna; Wålander, Robert; Arakelian, Erebouni (2018): I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 30 (4), S. 313–320. DOI: 10.1093/intqhc/mzy023.
- Lucha, Manne; Bauer, Theresia; Schiffe, Helmut (2022): Modellprojekt 3+1 zur Stärkung der Intensivpflege. Online verfügbar unter [https://mwk.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-mwk/intern/dateien/Anlagen\\_PM/2022/PM\\_SM\\_MWK\\_ModellprojektIntensivpflege.pdf](https://mwk.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-mwk/intern/dateien/Anlagen_PM/2022/PM_SM_MWK_ModellprojektIntensivpflege.pdf).
- Luo, Min; Guo, Lixia; Yu, Mingzhou; Jiang, Wenying; Wang, Haiyan (2020): The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 291, S. 113190. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113190.
- MacPhee, Maura; Dahinten, V.; Havaei, Farinaz (2017): The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes. In: *Administrative Sciences* 7 (1), S. 7. DOI: 10.3390/admsci7010007.
- Malliarou, Maria; Nikolentzos, Athanasios; Papadopoulos, Dimitrios; Bekiari, Theodora; Sarafis, Pavlos (2021): ICU Nurse's Moral Distress as an Occupational Hazard Threatening Professional Quality of Life in the Time of Pandemic COVID 19. In: *Materia socio-medica* 33 (2), S. 88–93. DOI: 10.5455/msm.2021.33.88-93.
- McAndrew, Natalie Susan; Leske, Jane; Schroeter, Kathryn (2018): Moral distress in critical care nursing: The state of the science. In: *Nursing ethics* 25 (5), S. 552–570. DOI: 10.1177/0969733016664975.
- Mealer, Meredith; Schmiede, Sarah J.; Meek, Paula (2016a): The Connor-Davidson Resilience Scale in Critical Care Nurses: A Psychometric Analysis. In: *Journal of nursing measurement* 24 (1), S. 28–39. DOI: 10.1891/1061-3749.24.1.28.
- Mediavilla, Roberto; Fernández-Jiménez, Eduardo; Martínez-Alés, Gonzalo; Moreno-Küstner, Berta; Martínez-Morata, Irene; Jaramillo, Fabiola et al. (2021): Role of access to personal protective

equipment, treatment prioritization decisions, and changes in job functions on health workers' mental health outcomes during the initial outbreak of the COVID-19 pandemic. In: *Journal of affective disorders* 295, S. 405–409. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.059.

Mihalache, Mashiho; Mihalache, Oli R. (2022): How workplace support for the COVID-19 pandemic and personality traits affect changes in employees' affective commitment to the organization and job-related well-being. In: *Human resource management* 61 (3), S. 295–314. DOI: 10.1002/hrm.22082.

Mihaljevic (2018): Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. In: *GMS J Med Educ* 35 (3).

Mihaljevic, André L.; Schmidt, Jochen; Mitzkat, Anika; Probst, Pascal; Kenngott, Theresa; Mink, Johanna et al. (2018): Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. In: *GMS J Med Educ* 35 (3), Doc33. DOI: 10.3205/zma001179.

Missouridou, Evdokia; Mangoulia, Polyxeni; Pavlou, Vassiliki; Kritsotakis, Emmanouel; Stefanou, Evangelia; Bibou, Polyxeni et al. (2021): Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece. In: *Perspectives in psychiatric care*. DOI: 10.1111/ppc.12946.

Moloney, Willoughby; Boxall, Peter; Parsons, Matthew; Cheung, Gordon (2018): Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. In: *Journal of advanced nursing* 74 (4), S. 864–875. DOI: 10.1111/jan.13497.

Nagel, E.; Lauerer, M.; Henzler, D. (2022): Chirurgie im Spannungsfeld „Humanität-Ethik-Ökonomie“. In: *Der Chirurg* 93 (3), S. 242–249. DOI: 10.1007/s00104-022-01575-1.

Nagel, Eckhard (2021): DGIV Nachrichten: Integrierte Versorgung im Spiegel der Pandemie. In: *kma - Klinik Management aktuell* 26 (04), S. 76–77. DOI: 10.1055/s-0041-1729385.

Negele, Daniel; Lauerer, Michael; Nagel, Eckhard (2021): Was gibt es Neues zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft? In: Joachim Jähne (Hg.): Was gibt es Neues in der Chirurgie? Jahresband 2021. Berichte zur chirurgischen Weiter- und Fortbildung. 1st ed. Heidelberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, S. 351–361.

Nielsen, Dorthe S.; Dieperink, Karin B. (2020): Cultural Perspectives and Nurses Reactions on the Corona Pandemic: A Critical View From Denmark. In: *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society* 31 (4), S. 333–336. DOI: 10.1177/1043659620924118.



- Nowell, Lorelli; Dhingra, Swati; Andrews, Kimberley; Jackson, Jennifer (2021): A grounded theory of clinical nurses' process of coping during COVID-19. In: *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.15809.
- OECD (2021): Health at a Glance 2021. [S.l.]: OECD Publishing.
- OECD (2022): Health care use - Length of hospital stay - OECD Data. Online verfügbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart>, zuletzt aktualisiert am 04.01.2022, zuletzt geprüft am 28.08.2022.
- Ooms, Ann; Heaton-Shrestha, Celayne; Connor, Sarah; McCawley, Siobhan; McShannon, Jennie; Music, Graham; Trainor, Kay (2022): Enhancing the well-being of front-line healthcare professionals in high pressure clinical environments: A mixed-methods evaluative research project. In: *International Journal of Nursing Studies* 132, S. 104257. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104257.
- Ose, Solveig Osborg; Tjønnås, Maria Suong; Kaspersen, Silje Lill; Færevik, Hilde (2019a): One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences. In: *BMJ open* 9 (7), e024292. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024292.
- Page, Matthew J.; McKenzie, Joanne E.; Bossuyt, Patrick M.; Boutron, Isabelle; Hoffmann, Tammy C.; Mulrow, Cynthia D. et al. (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 372, n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
- Pappa, Sofia; Athanasiou, Nikolaos; Sakkas, Nikolaos; Patrinos, Stavros; Sakka, Elpitha; Barmparessou, Zafeiria et al. (2021): From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (5). DOI: 10.3390/ijerph18052390.
- Petrișor, Cristina; Breazu, Caius; Doroftei, Mădălina; Mărieș, Ioana; Popescu, Codruța (2021): Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. In: *Healthcare* 9 (10). DOI: 10.3390/healthcare9101377.
- Petzold, Moritz Bruno; Plag, Jens; Ströhle, Andreas (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: *Der Nervenarzt* 91 (5), S. 417–421. DOI: 10.1007/s00115-020-00905-0.
- PSU e. V. (2022): Kollegiale Unterstützung. Online verfügbar unter <https://www.psu-akut.de/>, zuletzt geprüft am 02.10.2022.

Radtke, R. (2022a): Intensivbetten je 100.000 Einwohner nach Bundesländern bis 2019. Statista.

Online verfügbar unter

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1110708/umfrage/intensivbetten-nach-bundeslaendern/>, zuletzt aktualisiert am 24.01.2022, zuletzt geprüft am 03.09.2022.

Radtke, R. (2022b): Bettendichte - Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner in Bayern bis 2020 |

Statista. Hg. v. Statista. Online verfügbar unter

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/254969/umfrage/bettendichte-in-bayern/>, zuletzt aktualisiert am Mai 2022, zuletzt geprüft am 27.08.2022.

Radtke, R. (2022c): Anzahl Krankenhausbetten in Deutschland bis 2020 | Statista. Online verfügbar

unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157049/umfrage/anzahl-krankenhausbetten-in-deutschland-seit-1998/>, zuletzt aktualisiert am 04.05.2022, zuletzt geprüft am 27.08.2022.

Raspe, Matthias; Koch, Peter; Zilezinski, Max; Schulte, Kevin; Bitzinger, Diane; Gaiser, Ulrike et al.

(2020): Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63 (1), S. 113–121. DOI: 10.1007/s00103-019-03057-y.

Robert Koch Institut (2022): DIVI Intensivregister: Webseite zur deutschlandweiten Echtzeiterfassung von Intensivkapazitäten. Online verfügbar unter

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Intensivregister.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Intensivregister.html), zuletzt aktualisiert am 19.08.2022, zuletzt geprüft am 19.08.2022.

Romppanen, Johanna; Häggman-Laitila, Arja (2017): Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. In: *Journal of advanced nursing* 73 (7), S. 1555–1569. DOI:

10.1111/jan.13210.

Rossi, Rodolfo; Socci, Valentina; Pacitti, Francesca; Di Lorenzo, Giorgio; Di Marco, Antinisca;

Siracusano, Alberto; Rossi, Alessandro (2020): Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. In: *JAMA network open* 3 (5), e2010185. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185.

Rowe, Gene; Frewer, Lynn J. (2005): A Typology of Public Engagement Mechanisms. In: *Science, Technology & Human Values* 30 (2), S. 251–290. DOI: 10.1177/0162243904271724.

Rudnicka, J. (2022): Einwohnerzahl in Bayern bis 2021. Statista. Online verfügbar unter

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154879/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-von-bayern-seit-1961/>, zuletzt aktualisiert am 22.06.2022, zuletzt geprüft am 27.08.2022.

Saffier, Eileen (2021): Einspringen aus dem Frei: So wird's erträglicher. In: *Schlütersche Fachmedien GmbH*, 27.09.2021. Online verfügbar unter <https://www.pflegen-online.de/einspringen-aus-dem-frei-so-wirds-ertraeglicher>, zuletzt geprüft am 18.11.2022.

Sagherian, Knar; Steege, Linsey M.; Cobb, Sandra J.; Cho, Hyeonmi (2020): Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. In: *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.15566.

Sagherian, Knar; Unick, George J.; Zhu, Shijun; Derickson, Debra; Hinds, Pamela S.; Geiger-Brown, Jeanne (2017): Acute fatigue predicts sickness absence in the workplace: A 1-year retrospective cohort study in paediatric nurses. In: *Journal of advanced nursing* 73 (12), S. 2933–2941. DOI: 10.1111/jan.13357.

Sahebi, Ali; Nejati-Zarnaqi, Bayram; Moayedi, Siamak; Yousefi, Kosar; Torres, Mercedes; Golitaleb, Mohamad (2021): The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. In: *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 107, S. 110247. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2021.110247.

Sana Kliniken AG (Hg.) (2022): Auf dem Weg zum Magnetkrankenhaus - Erste Schritte. Online verfügbar unter <https://www.sana.de/unternehmen/medizin-und-pflege/pflege/magnetkrankenhaus/erste-schritte>, zuletzt geprüft am 09.10.2022.

Sasso, Loredana; Bagnasco, Annamaria; Catania, Gianluca; Zanini, Milko; Aleo, Giuseppe; Watson, Roger (2019): Push and pull factors of nurses' intention to leave. In: *Journal of nursing management* 27 (5), S. 946–954. DOI: 10.1111/jonm.12745.

Schätz, Christian (2020): Aktuelle Entwicklungen durch das Corona-Virus in der Pflege. Online verfügbar unter <https://newsroom.psyma.com/de/themen/marktforschung-gesundheitswesen/aktuelle-entwicklungen-durch-das-corona-virus-in-der-pflege/>.

Schmidt, Konrad Fr; Schwarzkopf, Daniel; Baldwin, Laura-Mae; Brunkhorst, Frank M.; Freytag, Antje; Heintze, Christoph et al. (2020): Long-Term Courses of Sepsis Survivors: Effects of a Primary Care Management Intervention. In: *The American journal of medicine* 133 (3), 381-385.e5. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.08.033.

Schwarzkopf, Daniel; Rüdell, Hendrik; Thomas-Rüdell, Daniel O.; Felfe, Jörg; Poidinger, Bernhard; Matthäus-Krämer, Claudia T. et al. (2017): Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians. In: *Critical care medicine* 45 (3), e265-e273. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002081.

- Shechter, Ari; Diaz, Franchesca; Moise, Nathalie; Anstey, D. Edmund; Ye, Siqin; Agarwal, Sachin et al. (2020): Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. In: *General hospital psychiatry* 66, S. 1–8. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007.
- Sillero, Amalia; Zabalegui, Adelaida (2018): Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. In: *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 14, S. 132–142. DOI: 10.2174/1745017901814010132.
- Sillero-Sillero, Amalia; Zabalegui, Adelaida (2020): Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. In: *Revista latino-americana de enfermagem* 28, e3256. DOI: 10.1590/1518-8345.3239.3256.
- Simon, Michael (2022): Pflegenotstand auf Intensivstationen. Berechnungen zum Ausmaß der Unterbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen deutscher Krankenhäuser.
- Simonetti, Valentina; Durante, Angela; Ambrosca, Rossella; Arcadi, Paola; Graziano, Giusi; Pucciarelli, Gianluca et al. (2021): Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. In: *Journal of Clinical Nursing* 30 (9-10), S. 1360–1371. DOI: 10.1111/jocn.15685.
- Sio, S. de; Buomprisco, G.; Perri, R.; Bruno, G.; Mucci, N.; Nieto, H. A. et al. (2020): Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review. In: *European review for medical and pharmacological sciences* 24 (2), S. 821–830. DOI: 10.26355/eurrev\_202001\_20065.
- Slatyer, Susan; Craigie, Mark; Heritage, Brody; Davis, Sue; Rees, Clare (2018): Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial. In: *Mindfulness* 9 (2), S. 534–546. DOI: 10.1007/s12671-017-0795-x.
- Soto-Rubio, Ana; Del Giménez-Espert, María Carmen; Prado-Gascó, Vicente (2020): Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (21). DOI: 10.3390/ijerph17217998.
- Srikesavan, Cynthia; Davey, Zoe; Cipriani, Andrea; Henshall, Catherine (2022): Resilience Enhancement Online Training for Nurses (REsOluTioN): Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. In: *JMIR research protocols* 11 (8), e37015. DOI: 10.2196/37015.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2020 (Korrekturversion vom 22.04.2022). Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis), zuletzt geprüft am 22.04.2022.

Stehman, Christine R.; Testo, Zachary; Gershaw, Rachel S.; Kellogg, Adam R. (2019): Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. In: *The western journal of emergency medicine* 20 (3), S. 485–494. DOI: 10.5811/westjem.2019.4.40970.

Sullivan, Debra; Sullivan, Virginia; Weatherspoon, Deborah; Frazer, Christine (2022): Comparison of Nurse Burnout, Before and During the COVID-19 Pandemic. In: *The Nursing clinics of North America* 57 (1), S. 79–99. DOI: 10.1016/j.cnur.2021.11.006.

Thrysoee, Lars; Dyrehave, Charlotte; Christensen, Helle Marie; Jensen, Nanette B.; Nielsen, Dorthe S. (2022): Hospital nurses' experiences of and perspectives on the impact COVID-19 had on their professional and everyday life-A qualitative interview study. In: *Nursing open* 9 (1), S. 189–198. DOI: 10.1002/nop2.1053.

Trumello, Carmen; Bramanti, Sonia Monique; Ballarotto, Giulia; Candelori, Carla; Cerniglia, Luca; Cimino, Silvia et al. (2020): Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (22). DOI: 10.3390/ijerph17228358.

Ungard, Wendy; Kroger-Jarvis, Melanie; Davis, Linda Sue (2019): The Impact of Shift Length on Mood and Fatigue in Pediatric Registered Nurses. In: *Journal of pediatric nursing* 47, S. 167–170. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.05.014.

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (2021): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Intensivpflege. Online verfügbar unter <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/intensivmedizin/intensivpflege/betriebliches-gesundheitsmanagement/index.html>.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hg.) (2022): Magnet-Krankenhaus - Das UKE macht sich auf den Weg. Online verfügbar unter <https://www.uke.de/organisationsstruktur/direktion-f%C3%BCr-patienten-pflegemanagement/pflege-im-uke/magnet-krankenhaus/index.html>, zuletzt geprüft am 09.10.2022.

Universitätsklinikum Heidelberg (2022): Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA). Online verfügbar unter <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/abteilung-allgemeinmedizin-und-versorgungsforschung/leistungsspektrum/bsc-interprofessionelle-gesundheitsversorgung/interprofessionelles-lernen/hipsta-ip>, zuletzt aktualisiert am 02.10.2022, zuletzt geprüft am 02.10.2022.

- van Bogaert, Peter; van Heusden, Danny; Timmermans, Olaf; Franck, Erik (2014): Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. In: *Frontiers in psychology* 5, S. 1261. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01261.
- PpUGV: Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv\\_2021/BJNR235700020.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR235700020.html), zuletzt geprüft am 03.09.2022.
- Walmsley, Laura; Fortune, Melanie; Brown, Allison (2018): Experiential interprofessional education for medical students at a regional medical campus. In: *Canadian medical education journal* 9 (1), e59-e67.
- Watters, Colm; Reedy, Gabriel; Ross, Alastair; Morgan, Nicola J.; Handslip, Rhodri; Jaye, Peter (2015): Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. In: *BMJ open* 5 (1), e005472. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005472.
- Weeß, Hans-Günter (2022): Betriebliches Gesundheitsmanagement bei Schlafstörungen. In: *ASU 2022* (05), S. 277–282. DOI: 10.17147/asu-1-189929.
- Wei, Holly; Sewell, Kerry A.; Woody, Gina; Rose, Mary Ann (2018): The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. In: *International journal of nursing sciences* 5 (3), S. 287–300. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.04.010.
- Zaheer, Shahram; Ginsburg, Liane; Wong, Hannah J.; Thomson, Kelly; Bain, Lorna; Wulffhart, Zaeve (2019): Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing. In: *Human resources for health* 17 (1), S. 66. DOI: 10.1186/s12960-019-0404-2.
- Zaheer, Shahram; Ginsburg, Liane R.; Wong, Hannah J.; Thomson, Kelly; Bain, Lorna (2018): Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety. In: *BMJ open quality* 7 (4), e000433. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-000433.
- Zhang, Xiu-Jie; Song, Yingqian; Jiang, Tongtong; Ding, Ning; Shi, Tie-Ying (2020): Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. In: *Medicine* 99 (26), e20992. DOI: 10.1097/MD.00000000000020992.

# Anhang

---

## Anhang 1: Übersicht über die eingeschlossene Literatur

Quelle: Eigene Darstellung

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
1	Anderson et al. 2021 Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing: A national survey of emergency department staff Neuseeland	Anonyme online Umfrage; Auswertung mithilfe des allgemeinen induktiven Ansatzes n = 1.372 Befragte (2020)	Ziel ist es, die Burnout Prävalenz von Mitarbeiter:innen in der Notaufnahme sowie die wichtigsten Einflüsse auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu bestimmen	Es wurden 3 Schwerpunkte für Wohlbefinden am Arbeitsplatz charakterisiert: 1.Unterstützende Team-Kultur 2.Erbringen von exzellenter patientenorientierter Behandlung 3.Weiterbildungsmöglichkeiten
2	Ansmann et al. 2021 Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of cologne Deutschland	Querschnittsstudie n = 237 Kliniken, Pflegeheime, Rehaeinrichtungen, Arztpraxen (2019-2020)	Wie nehmen Organisationen des Gesundheitswesens in verschiedenen Umfeldern den Umweltdruck aufgrund der Unsicherheit von Ressourcen wahr? Welches Spektrum an organisatorischen Strategien verfolgen sie, um Ressourcen zu	- Hoher Druck durch Bürokratie, Zeitdruck - Rekrutierung von qualifiziertem Personal schwierig und unter Druck gesetzt.



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
3	Auffenberg et al. 2022 „Ich pflege wieder, wenn ...“ Deutschland	Pilotstudie mit Potenzialanalyse mit Quantitativen Daten n = 12.684 (Herbst 2021)	Sie untersucht die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit beschäftigter Pflegekräfte, in die Pflege zurückzukehren beziehungsweise ihre Arbeitsstunden zu erhöhen und die dafür notwendigen Arbeitsbedingungen. Sie schätzt darüber hinaus das quantitative Potenzial an Pflegefachkräften, die so zusätzlich für die Pflege und zur Entlastung der Beschäftigten in diesem Bereich zur Verfügung stünden – in Erweiterung der Bremer Studie erstmals auch für die Gruppe der ausgestiegenen Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen ist der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen und die Frühberentung von Pflegekräften</li> <li>- viele Pflegekräfte erwägen, aus dem Beruf auszusteigen und die Covid-19-Pandemie verschärft dieses Problem.</li> <li>- Bereits innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung verlassen knapp 25 % der Pflegekräfte ihren Beruf</li> <li>- Ursachen sind vor allem ein hoher Zeitdruck und zu wenig Personal, eine schlechte Arbeitsorganisation und ein Zurückbleiben hinter den eigenen fachlichen Ansprüchen</li> <li>- Die hohen Arbeitsbelastungen sind auch ein Grund dafür, dass fast zwei Drittel der Pflegekräfte in der Langzeitpflege in Teilzeit arbeiten, ebenso wie knapp die Hälfte der Pflegekräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser</li> <li>- Diverse Handlungsempfehlungen</li> </ul>
4	Aviles Gonzalez et al. 2019 Caring efficacy: nurses' perceptions and relationships with work-related factors Italien	Querschnittsstudie n = 140 (Feb. 2019- April 2019)	Das Ziel der Studie war die Analyse: (1) des Niveaus der Fürsorge-Effizienz, (2) der Unterschiede zwischen den Niveaus der Fürsorge-Effizienz in Bezug auf positive und negative Arbeitseinstellungen (3) der individuellen und organisatorischen Prädiktoren der wahrgenommenen Fürsorge-Effizienz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegekräfte mit mäßigen Zweifeln und Bedenken hinsichtlich ihrer Fähigkeit, mit Patienten in Beziehung zu treten und sie zu pflegen, sind weniger zufrieden mit ihrer Arbeit und emotional erschöpfter als Pflegekräfte mit geringen Zweifeln und Bedenken</li> <li>- Umgekehrt unterscheiden sich Krankenschwestern und Krankenpfleger mit hohem Vertrauen in die Patientenpflege nicht in ihrer Arbeitseinstellung von Krankenschwestern und Krankenpflegern mit mäßigem Vertrauen in die Pflege</li> <li>- Korrelationsanalyse zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen Zweifeln und Bedenken und emotionaler Erschöpfung und einen negativen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit aufzeigte</li> </ul> <p>Lösung</p>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegedienstleiter sollten ein Arbeitsumfeld schaffen, das die Unterstützung der Pflegenden durch die Vorgesetzten fördert und die Kompetenzen der Pflegenden in Bezug auf die Pflege verbessert.</li> <li>- Aus- und Weiterbildung für die Fähigkeit zu verbessern und Resilienz</li> <li>- Strategien entwickeln, die ein fürsorgliches Umfeld unterstützen und betonen, um eine qualitativ hochwertige Patientenpflege zu fördern und die berufliche Identität der Pflegekräfte zu stärken</li> <li>- Die Betonung der Fürsorge kann die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals erhöhen und den Grad der emotionalen Erschöpfung verringern</li> <li>- Ein Arbeitsumfeld, das die Fürsorge wertschätzt und die Pflegekräfte bei der Bewältigung ihrer Emotionen im Umgang mit Patienten unterstützt, ihre emotionale Dissonanz verringern und die Selbstwirksamkeit der Fürsorge verbessern</li> </ul>
5	Baskin und Bartlett 2021  Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review  USA	Systematischer Literaturreview  n = 18  (2021)	Untersuchung der Resilienz von Beschäftigten im Gesundheitswesen während der COVID-19-Pandemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Resilienzwerte von Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens an vorderster Front weltweit während der COVID-19-Pandemie lagen in den überprüften Studien insgesamt im moderaten Bereich</li> <li>- Daten aus den Vereinigten Staaten zeigten eine Abnahme der Resilienz von Pflegekräften, Arbeitnehmer:innen werden diskutiert</li> <li>- Die Ergebnisse wurden zum Vergleich nach Ergebnismaßen organisiert. Resiliente Mitarbeiter haben geringere Burnout-Raten und bessere Patientenergebnisse</li> <li>- Implikationen für das Pflegemanagement: Strategien zum Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen</li> <li>- Die COVID-19-Pandemie hat international zu einer beispiellosen Belastung für das medizinische Personal geführt. Steigende Infektionsraten, unzureichende persönliche</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>Schutzausrüstung und die mangelnde Verfügbarkeit von Krankenhausbetten haben zu einer weiteren Verschlechterung der ohnehin schon anfälligen psychischen Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen geführt</p> <p>Schlussfolgerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Aufbau von Resilienz bei Krankenschwestern und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen kann als Schutzfaktor gegen negative Folgen im Zusammenhang mit der Arbeit, einschließlich Burnout, Angstzuständen und Depressionen, dienen und die Ergebnisse für Patienten verbessern.</li> </ul>
6	<p>Blanco-Donoso et al. 2017</p> <p>Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses</p> <p>Spanien</p>	<p>Fragebogen-, Tagebuchstudie</p> <p>n = 74 Krankenschwestern und -pfleger;</p> <p>n = 370 Beobachtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Positiver) Zusammenhang zwischen täglichen Schwierigkeiten bei der Emotionsregulierung am Arbeitsplatz und emotionaler Erschöpfung am Nachmittag, Müdigkeit und negativem Affekt am Abend</li> <li>- Untersuchung der „Abfederung“ der negativen Auswirkungen durch Unterstützung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte sowie psychologische Distanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tägliche Schwierigkeiten der Krankenschwestern und -pfleger bei der Emotionsregulierung haben einen direkten Einfluss auf die tägliche emotionale Erschöpfung bei der Arbeit und auf die Müdigkeit und den negativen Affekt zu Hause in der Nacht</li> <li>- Unterstützung durch Kolleg:innen, psychologische Distanz und Entspannung minimieren die ungünstigen Auswirkungen von Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation auf das Wohlbefinden</li> <li>- Einschränkungen und Implikationen für die Pflege und andere Gesundheitsberufe werden genannt</li> </ul>
7	<p>Bozdağ und Ergün 2021</p> <p>Psychological Resilience of Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic</p>	<p>Querschnittsstudie</p> <p>n = 214 Beschäftigte im Gesundheitswesen</p> <p>(April 2020)</p>	<p>Untersuchung der psychischen Belastbarkeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen</p>	<p>Um die psychologische Belastbarkeit von Gesundheitsfachpersonal während der COVID-19 Pandemie zu verbessern wurden drei Aspekte identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schlafqualität</li> <li>2. Positive Emotionen</li> <li>3. Lebenszufriedenheit</li> </ol>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Türkei			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologische Belastbarkeit war bei dem älteren Personal höher</li> <li>- Hohe Level negativer Emotionen mindert das psychologische Belastungslevel</li> </ul>
8	Brofidi et al. 2018 Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study Griechenland	Querschnittsstudie n= 523 Pflegekräfte (2011-2012)	Ziel dieser Studie ist es, das Arbeitsumfeld von Krankenschwestern und Krankenpflegern in fünf öffentlichen Krankenhäusern in Griechenland zu bewerten und diese Daten mit denen von Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern zu vergleichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse haben gezeigt, dass alle fünf Krankenhäuser von den Krankenschwestern als ungünstige Arbeitsumgebung bewertet wurden</li> <li>- Im Vergleich zu Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern in den USA wurden die griechischen Krankenhäuser als ungünstiger wahrgenommen als die Nicht-Magnet-Krankenhäuser</li> <li>- Die Krankenhausleitung muss Maßnahmen zur Verbesserung der derzeitigen Situation ergreifen, indem sie die Beteiligung der Krankenschwestern und -pfleger fördert, sich kontinuierlich weiterbildet, das Personalmanagement ändert und Bewertungsverfahren einführt</li> </ul>
9	Bruyneel et al. 2021 Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium Belgien	Querschnittsstudie n = 1.135 Intensivpfleger:innen	Bestimmung der Prävalenz eines Burnout Risikos und der Risikofaktoren bei Intensivpfleger:innen während der COVID-19 Pandemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gesamtprävalenz eines Burnout Risikos lag bei 68 %, 29 % der Pflegekräfte hatten ein Risiko zur Depersonalisation, 31 % hatten ein reduziertes persönliches Erfolgsgefühl, 38 % waren emotional erschöpft</li> <li>- Befragte, die einem erhöhten Arbeitsaufkommen ausgesetzt waren, zeigten in allen Kategorien ein erhöhtes Burnout Risiko</li> </ul>
10	Carmassi et al. 2022	Querschnittsstudie	Ziel ist es, die posttraumatische Belastungsstörung, Ängste und	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 23,5 % der Befragten gaben posttraumatische Belastungsstörungen Symptome an, 22,4 % Angst Symptome,</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence Italien	n = 514 Beschäftigte im Gesundheitswesen (April 2020 – Juni 2020)	depressive Symptome und deren Auswirkungen auf die Arbeitsweise von Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems während der COVID-19 Pandemie zu erforschen	19,3 % depressive Symptome und 22,8 % Störungen der allgemeinen Arbeitsweise - Von COVID-19 stärker betroffene Regionen zeigten in allen Kategorien höhere Werte an - Posttraumatische Belastungsstörung, depressive und Angst Symptome zeigten eine signifikant positive Korrelation mit der Beeinträchtigung der Arbeitsweise.
11	Cheval et al. 2019 Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: international prospective cohort study of novice healthcare professionals Verschiedene Länder (z.B. Australien, Österreich,	Prospektive internationale Kohortenstudie (ICARUS) n = 229 Fachkräfte im Gesundheitswesen; n = 2.387 Beobachtungen	- Zusammenhang zwischen Bedauern der Arbeitszufriedenheit in der Pflege und Fluktuationsabsichten - Untersuchung ob Bewältigungsstrategien teilweise als Mediatoren für den Zusammenhang gelten	- Eine größere Anzahl von Bedauern stand im Zusammenhang mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit - Ein intensiveres Bedauern mit der Arbeitszufriedenheit steht in Zusammenhang mit einer erhöhten Fluktuationsabsicht - Zusammenhänge wurden teilweise durch Bewältigungsstrategien vermittelt - Maladaptive emotionsorientierte Strategien sind mit einer erhöhten Fluktuationsabsicht verbunden - Adaptive, problemorientierte Strategien sind mit einer geringeren Fluktuationsabsicht verbunden Schlussfolgerung: - Pflegebezogenes Bedauern und maladaptive Bewältigungsstrategien sind mit beruflicher Unzufriedenheit und Fluktuationsabsicht verbunden

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Botswana, Kanada, Dänemark, Frankreich, Haiti, Irland, Kenia, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung von Angehörigen bei der Bewältigung der emotionalen Erfahrungen scheint wesentlich zu sein, um einer frühzeitigen Kündigung entgegenzuwirken</li> </ul>
12	Cho et al. 2021 Hospital Nursing Staff Perceptions of Resources Provided by Their Organizations During the COVID-19 Pandemic USA	Querschnittsstudie n= 360 Pflegekräfte (Mai 2020- Juni 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie geht der Frage nach: Welche Arten von Krankenhausressourcen bereitgestellt wurden und wie das Pflegepersonal diese wahrnimmt</li> <li>- Die vorliegende Studie befasste sich mit dieser Lücke, indem sie die Wahrnehmung des Pflegepersonals über die von den Krankenhäusern, während der COVID-19-Pandemie in den Vereinigten Staaten bereitgestellten Ressourcen beschrieb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Hälfte der Teilnehmer hat keine zusätzliche Unterstützung erhalten</li> <li>- Wir quantifizierten fünf Hauptarten von Ressourcen, die das Pflegepersonal von den Krankenhäusern erhielt, wobei Grundbedürfnisse wie die Verfügbarkeit von Lebensmitteln vor Ort, Lebensmittel und Kinderbetreuung am häufigsten genannt wurden</li> <li>- Ressourcen im Zusammenhang mit der Unterstützung durch psychosoziale Dienste wurden seltener genannt, insbesondere wenn internationale Prävalenzdaten die psychische Belastung des Pflegepersonals durch die Pandemie belegen</li> <li>- Aus den Daten ergaben sich vier Themen in Bezug auf die Wahrnehmung der organisatorischen Unterstützung durch das Pflegepersonal: Unterstützung durch die Gemeinschaft, ungleiche Leistungen, geringere Ressourcen</li> <li>- Führungskräfte in der Pflege sind angehalten, kritische Ressourcen für das Pflegepersonal bereitzustellen, wobei die Forschung zeigt, dass ein geringeres Engagement der Mitarbeiter zu einer hohen Fluktuation führen und die Organisationskosten erhöhen kann</li> </ul> <p>Handlungsempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilität und Anpassung an die Schichttypen. So können Pflegekräfte, die keine Kinder haben, als Alternative zur</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>Kinderbetreuung eine Unterstützung bei der Altenpflege anbieten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neben der Bereitstellung von Grundbedürfnissen wie Essen vor Ort können alternative Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die den physiologischen Herausforderungen von Nachtschichten Rechnung tragen. Pflegedienstleiter können einen privaten Raum für kurze Nickerchen in den frühen Morgenstunden zur Verfügung stellen, häufigere Ruhepausen fördern, Kaffee vor Ort bereitstellen und die Möglichkeit von Transportdiensten nach Nachtschichten prüfen</li> <li>- Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit des gesamten Pflegepersonals einsetzen und diese umsetzen</li> <li>- Kommunikation sind miteinander verknüpfte Ressourcen, bei denen Führungskräfte aus dem Pflegebereich Debriefing-Sitzungen auf Abteilungsebene initiieren können, um die Bedenken des Personals in Bezug auf persönliche Sicherheit und Gesundheitsrisiken sowie die Wahrnehmung der verfügbaren Ressourcen zu erörtern. Diese Sitzungen können online durchgeführt werden, um die Teilnahme aller Schichten zu ermöglichen, und sie können genutzt werden, um die Erwartungen der Mitarbeiter und mögliche Ressourcen zu erkunden, die für sie von größerer Bedeutung sind, wie z. B. Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Transportmöglichkeiten, Kittel und Flexibilität bei der Terminplanung.</li> </ul>
13	Christian et al. 2019 0630 Sleep Health of Nursing Staff in an Academic Medical Center:	Querschnittsstudie n = 1.165 Pflegekräfte eines tertiärmedizinischen Zentrums	Erfassung der Schlafgewohnheiten, Schätzung der Prävalenz von Schichtarbeitsstörungen, Schlaflosigkeit, Restless leg Syndrom, übermäßige Tagesmüdigkeit und Risikofaktoren für obstruktive Schlafapnoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 49 % der Befragten schliefen im Durchschnitt weniger als 7 Stunden pro Nacht (nationaler sind es 28 %)</li> <li>- Durchschnittliche Schlafdauer pro Nacht der Befragten: 6,6 Stunden vs. 6,8 Stunden im nationalen Durchschnitt</li> <li>- 27 % der Pflegekräfte nehmen Medikamente ein, um besser schlafen zu können</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Results of a Survey Study Keine Angabe, USA?			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 % der Pflegekräfte geben an Medikamente zu nehmen, um wach zu bleiben</li> <li>- Bei 31 % der Befragten wurde eine Schichtarbeitsstörung festgestellt</li> <li>- Bei 14 % der Studienteilnehmer:innen wurde das Restless leg Syndrom festgestellt</li> <li>- Bei 31 % wurde eine chronische Schlaflosigkeit festgestellt, bei 4,5 % eine übermäßige Tagesmüdigkeit</li> <li>- Bei 18,5 % wurde ein mittelschweres bis schweres Risiko für eine obstruktive Schlafapnoe festgestellt</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhte Prävalenz von unzureichendem Schlaf und Schlafstörungen bei Pflegekräften</li> <li>- Förderung der Selbsterkenntnis und von Interventionen, um negative Auswirkungen zu reduzieren und Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals bei der Arbeit gewährleisten zu können</li> </ul>
14	Christianson et al. 2022 Impact of COVID-19 on Intensive Care Unit Nurse Duty of Care and Professional Roles: A Qualitative Content Analysis USA	Mix-Methode n = 491 ICU Pflegekräfte (November 2020 - Januar 2021)	Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Gleichgewicht der Sorgfaltspflicht bei Intensivpflegekräften zu untersuchen, die COVID-19-Patienten betreuen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- COVID-19 hat die Landschaft der Intensivpflege in den Vereinigten Staaten verändert</li> <li>- vier Themen gefunden, die auf Veränderungen in der Bilanz der Sorgfaltspflicht hinweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Wahrnehmung des Verrats oder der Vernachlässigung des Pflegepersonals,</li> <li>(2) Abweichungen von den normalisierten Erwartungen an die Pflege,</li> <li>(3) das Gefühl einer moralischen Verpflichtung zur Pflege von COVID-19-Patienten</li> <li>(4) die Erwartung der Selbstaufopferung, die zur Erfahrung von Burnout beiträgt.</li> </ul> </li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptome von Burnout, äußerten aber gleichzeitig Gefühle der Verpflichtung gegenüber ihrer Arbeit und ihren Patienten.</li> <li>- Studie unterstreicht, dass sich das Gleichgewicht der Fürsorgepflicht durch suboptimale Arbeitsbedingungen und wahrgenommenen Verrat verändert hat, was das Burnout der Pflegekräfte fördert.</li> <li>- Pflegepersonal auf der Intensivstation bis an seine Grenzen belastet, indem sie ihre arbeitsbezogenen Verpflichtungen erhöht, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erleichterung ihrer Arbeit verringert, sie im Zusammenhang mit ihrer Arbeit einem persönlichen Risiko ausgesetzt und die Belohnungen, die sie für die Fortsetzung ihrer Arbeit erhalten, geschmälert hat.</li> <li>- Personal der COVID-Intensivstation litten aufgrund ihrer Arbeit während der Pandemie unter Burnout-Symptomen wie Depersonalisierung, vermindertem Gefühl der persönlichen Leistung und Erschöpfung.</li> <li>- Burnout wiederum führt zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität der Patienten, zu einer steigenden Fluktuation des Pflegepersonals und zum Ausscheiden aus dem Pflegeberuf</li> </ul> <p>Lösung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwalter des Gesundheitswesens sollen für einen <i>gerechten Arbeitsplatz sorgen</i>, an dem die Krankenschwestern und Krankenpfleger <i>Zugang zu angemessenen Ressourcen am Arbeitsplatz</i> haben, geschätzt werden und für ihre wichtige Arbeit einen angemessenen finanziellen Ausgleich erhalten.</li> </ul>
15	Christodoulou-Fella et al. 2017 Exploration of the Association between Nurses'	Querschnittsstudie n = 206 Pflegekräfte der psychiatrischen klinischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Häufigkeit und Intensität von moralisch belastenden Situationen (MD)</li> <li>- Schwere der Symptome des sekundären traumatischen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Assoziation zwischen dem Gesamtschweregrad der moralischen Belastung und der Manifestation von Symptomen des sekundären traumatischen Stresssyndroms, der teilweise durch den Grad der selbstberichteten psychischen Belastungssymptome vermittelt wurde</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services Zypern		<p>Stresssymptoms (STSS) und der seelischen Belastung und Grad der emotionalen Erschöpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenhang zwischen MD, STSS und Symptomen der seelischen Belastung</li> <li>- Zusammenhang zwischen MD- und STSS-Symptomen und soziodemographischen Faktoren und arbeitsbezogenen Merkmalen (Arbeitszufriedenheit, Zufriedenheit mit therapeutischen Beziehungen, emotionale Erschöpfung, Empathie)</li> <li>- Selbst eingeschätzter Grad an allgemeinen psychischen Belastungssymptomen als Mediator für den Zusammenhang zwischen MD- und STSS-Symptomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit mit inkompetenten Kolleg:innen, Anwendung unnötiger, umfangreicher oder ohne Zustimmung durchgeführter therapeutischer Interventionen, Verdacht auf Patient:innenmissbrauch und die Arbeit unter unsicheren Pflegepersonal-Patient:innen-Verhältnissen waren die Items mit der höchsten moralisch belastenden Intensität</li> <li>- Jüngere Pflegekräfte mit weniger Berufserfahrung hatten eine größere Wahrscheinlichkeit ein höheres Maß an MD zu erleben</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situationen, dass Pflegekräfte in moralische Bedrängnis geraten können, scheinen mit dem Arbeitsumfeld zusammenzuhängen</li> <li>- Notwendigkeit der Entwicklung von Maßnahmen, die sich sowohl an der Organisationskultur als auch an der Politik orientieren, die die besonderen Bedingungen und Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheitsfürsorge berücksichtigen</li> <li>- Somit positive Auswirkungen auf die Patient:innensicherheit als auch Minimierung arbeitsbedingter Risiken (moralische Belastung und damit verbundene Symptome des STSS)</li> </ul>
16	Corlade-Andrei et al. 2022 Burnout Syndrome among Staff at an Emergency Department during the COVID-19 Pandemic Rumänien	Quantitative Befragung n= 97 Pflegekräfte, Ärzte (Juni 2021 - August 2021)	Ziel ist es das Risiko bzw. das Vorhandensein von Burnout unter dem medizinischen Personal zu analysieren, das seit dem Ausbruch der Pandemie bis heute in einer Notaufnahme arbeitet. Außerdem wollten wir die medizinischen Kategorien in Bezug auf die Burnout-Dimensionen vergleichen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Persönlichkeitsveränderungen - Burnout; <math>t(44) = 2,19, p = 0,038</math>. Männer zeigten ein höheres Maß an Depersonalisierung (<math>M = 1,15, SD = 0,09</math>) als Frauen (<math>M = 1,05, SD = 0,18</math>)</li> <li>- Alle anderen Unterschiede waren nicht signifikant.</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
17	Coşkun Şimşek und Günay 2021 Experiences of nurses who have children when caring for COVID-19 patients Türkei	Qualitative Studie n = 26 Krankenschwestern und -pfleger (Mai - Juli 2020)	Erfahrungen und Gefühle von Krankenschwestern und -pflegern, die Kinder haben, bei der Betreuung von Patient:innen mit COVID-19	Fünf relevante Themen konnten aus den Daten abgeleitet werden: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehnsucht nach und Sorge um die Kinder, Sehnsucht nach der Zeit vor der Pandemie</li> <li>2. Angst vor einer Ansteckung mit und Weitergabe von COVID-19, Angst vor dem Tod</li> <li>3. Verzweiflung</li> <li>4. Besorgnis aufgrund der Arbeit in einer anderen Klinik, fehlender Schutzausrüstung und mangelndem Wissen</li> <li>5. Berufliche Verantwortung (Bewusst sein und Liebe zum Beruf)</li> </ol> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiäre Trennungen aus Angst vor Ansteckung und Weitergabe des Virus</li> <li>- Verzweiflung, Angst und Unruhe wurden erlebt</li> <li>- Aufgeben des Berufs war keine Option</li> <li>- Implikationen für die Krankenpflege und Gesundheitspolitik:</li> <li>- Krankenschwestern und -pfleger, die COVID-19-Patient:innen betreuen, sollten abwechselnd durch Pflegepersonal ersetzt werden, die in anderen Diensten/Stationen arbeiten</li> <li>- Möglichkeit schaffen, sich auszuruhen und Zeit mit Angehörigen (z.B. Kindern) zu verbringen</li> </ul>
18	Costea et al. 2021 "Burnout Syndrome in the Emergency Department of the Central Military Emergency Hospital before and during the COVID-19 pandemic"	Vergleichende Fragebogenstudie n = 65 Beschäftigte der Notaufnahme (vor der COVID-19 Pandemie und Mai – Juni 2020)	Auswirkungen des Burnout-Syndroms in der Notaufnahme eines Zentralen Militärkrankenhauses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anstieg des Burnout-Niveaus in allen befragten Kategorien während der Pandemie</li> <li>- Krankenpflegehelfer:innen wiesen geringere Werte für verschiedene Burnout-Erscheinungen auf als Ärzt:innen, Assistenzärzt:innen und Pflegepersonal</li> <li>- Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen</li> <li>- Hohe Ansteckungsgefahr und Fehlen eines Impfstoffes oder einer Behandlung einer SARS-CoV2-Infektion sind ein</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Rumänien			zusätzliches Problem für das Burnout-Syndrom bei Beschäftigten
19	Dall'Ora et al. 2019 Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study England	Retrospektive longitudinal Studie n = 601.282 Schichten und n = 8.090 Episoden von Krankheitsausfällen von 32 allgemeinen stationären Abteilungen eines Akutkrankenhauses (April 2012 – März 2015)	Zusammenhang zwischen 12-Stunden-Schichten und erhöhtem Krankenstand examinierter Pflegekräfte und Pflegehelfer:innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn mehr als 75 % der in den letzten 7 Tagen geleisteten Schichten 12 Stunden dauerten, war die Wahrscheinlichkeit einer kurzfristigen und langfristigen Krankheitsepisode im Vergleich zu keiner Schichtarbeit erhöht</li> <li>- Gelegentliche Schichten von 12 Stunden oder mehr (&lt;25 %) in den letzten 7 Tagen waren nicht signifikant mit einem erhöhten Krankenstand verbunden</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lange Schichten stellen ein Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten dar</li> <li>- Verzicht auf routinemäßige Einführung von Langschichten</li> </ul>
20	Davey et al. 2020 The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting England	Qualitative Untersuchung als Teil einer Mixed Methods Studie n = 24 halbstrukturierte Interviews mit Mentor:innen und Mentees nach Abschluss des 12-wöchigen Programms	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluierung eines Mentoring-Programms zur Stärkung der persönlichen Resilienz von forensischem Pflegepersonal</li> <li>- Erfassung der Erfahrungen mit dem Mentoring-Programm</li> <li>- Vorteile und Herausforderungen bei dem Aufbau und der Aufrechterhaltung einer Mentor:innen-Mentee-Beziehung</li> </ul>	<p>Identifizierung von vier Schlüsselthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zeit und Raum finden, um das Mentoring-Sitzungen zu arrangieren</li> <li>2. Aufbau und Entwicklung von Beziehungen</li> <li>3. Festlegung von Erwartungen an die Mentoring-Beziehung</li> <li>4. Auswirkungen der Mentoring-Beziehung für Mentor:innen und Mentees</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentoringprogramme unabhängig von weiteren unterstützenden Supervisionen oder Strukturen können in umfassenderen Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz am Arbeitsplatz beitragen</li> <li>- Programme bringen weitere Vorteile wie Ausbau des beruflichen Netzwerks, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, Steigerung des Selbstvertrauens, der Problemlösungskompetenz und des Wohlbefindens bei</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berücksichtigung praktischer und logistischer Faktoren (z.B. Arbeitszeiten und Standort des Arbeitsplatzes) bei zukünftigen Programmen</li> <li>- Festlegung flexibler und klarer Grundregeln zu Beginn des Programms, um sich über die Ausrichtung der persönlichen und beruflichen Grenzen einig zu sein</li> </ul>
21	<p>d'Ettorre et al. 2021</p> <p>Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review</p> <p>USA, Mexiko, Indien, Singapur, Indonesien, Malaysia, Vietnam, China, Japan, Italien, Spanien, Frankreich, Polen</p>	<p>Systematischer Literaturreview</p> <p>n = 16 relevante Studien</p>	<p>Risikobewertung, Risikobewertung und Häufigkeit des Auftretens des posttraumatischer Belastungssymptome bei Beschäftigten des Gesundheitswesens, die mit der COVID-19-Pandemie konfrontiert sind</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Junges Alter, geringe Berufserfahrung, weibliches Geschlecht, hohe Arbeitsbelastung, Arbeiten in unsicheren Umgebungen und fehlende Ausbildung und soziale Unterstützung gelten als Prädiktoren für PTBS</li> <li>- Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen ergriffen werden</li> <li>- Angebot von Präventions- und Managementstrategien für PTBS und den damit verbundenen psychischen Folgen bei Beschäftigten des Gesundheitswesens sollten durch die Gesundheitspolitik erfolgen</li> </ul>
22	<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Berufsverband e. V. 2019</p> <p>Ergebnisse einer Online-Umfrage zum "Dienstplan"</p>	<p>Meinungsumfrage/Querschnittsstudie</p> <p>n = 2.373 Pflegendende</p> <p>(Dezember 2018 – Januar 2019)</p>	<p>Erwartungen und Wünsche an den Dienstplan aus Sicht von Pflegenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 40,4 % der befragten Pflegenden dachten mehrmals im Jahr daran, den Arbeitgeber zu wechseln, 27,1 % in einen anderen Arbeitsbereich zu wechseln und 35,2 % (7,3 % täglich, 10,1 % mehrmals pro Woche und 14,5 % mehrmals im Monat) den Pflegeberuf aufzugeben</li> <li>- Zustimmung bzgl. der Bereitstellung von ausreichend Personal und einer verbindlichen Planung mit vier Wochen Vorlaufzeit (v.a. im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit dem Privatleben wie</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Deutschland			<p>Planung von Arztbesuchen, Sport, Vereinbarkeit von Kita- und Schulzeiten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belastung (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Verzicht auf Freizeit, fehlende Erholung) durch kurzfristige Übernahme von Schichten</li> <li>- Einsatz von Springern und Einführung eines Bereitschaftsdiensts</li> <li>- Dienst von mehr als sieben Tagen am Stück wurde abgelehnt</li> </ul>
23	<p>Dimitriu et al. 2020</p> <p>Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic</p> <p>Rumänien</p>	<p>Literaturübersicht und Fragebogenstudie</p> <p>n = 50 Assistenzärzt:innen, davon n = 10 der Intensivstation eines Nicht-COVID-19-Krankenhauses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen von Burnout bei Assistenzärzt:innen</li> <li>- Vorstellen möglicher Interventionen, um Burnout während der Pandemie zu verringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchschnittlicher Burnout-Wert lag zwei Monate nach dem Ausbruch bei 76 % und damit höher als vor der Pandemie</li> <li>- SARS-CoV-2 stellt einen großen Stressfaktor dar</li> <li>- Burnout war signifikant häufiger bei Assistenzärzt:innen der Normalstationen als der anderen Stationen (darunter Intensivstation)</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Leiter:innen und Mentor:innen sollten auf Kolleg:innen und Assistenzärzt:innen achten und am Wohlbefinden des Teams teilhaben und das Arbeitsumfeld weniger stressig gestalten</li> <li>- Weitere Forschung zu individuellen Stressfaktoren und Möglichkeiten diese zu bekämpfen</li> <li>- Bekämpfung von Burnout im Kontext von COVID-19 scheint die genaue lokale Organisation innerhalb des Krankenhauses und praktische Schulungen über die Verwendung der Schutzausrüstung, um ein Gefühl des mentalen Komforts zu vermitteln</li> </ul>
24	<p>Dixon et al. 2022</p> <p>A multidisciplinary, cross-sectional survey of burnout and wellbeing in</p>	<p>Multidisziplinäre Querschnittserhebung</p> <p>n = 177 Beschäftigte der Notaufnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untersuchung des Ausmaßes von Burnout, Stress und Zufriedenheit mit der derzeitigen Rolle in der Notaufnahme während der COVID-19-Pandemie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 58.8 % der Befragten sind mit ihrer Rolle zufrieden</li> <li>- Generell konnten eine geringe Zufriedenheit, ein hohes Burnout- und Stressniveau verzeichnet werden</li> <li>- Krankenschwestern und -pfleger waren stärker gestresst als medizinisches oder Hilfspersonal</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	emergency department staff during COVID-19 Australien		<p>Sekundäre Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenhang zwischen Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen der Notaufnahme mit dem Arbeitsumfeld und Burnout und Stress</li> <li>- Untersuchung der wahrgenommenen Arbeitsumgebung, des Burnouts und Stresses und des Zufriedenheitsniveaus in Abhängigkeit von der Rolle des medizinischen Personals in der Notaufnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahrnehmung der Studienteilnehmer:innen von diskriminierenden Verhaltensweisen von Freunden und Familienangehörigen bei der Betreuung von Patient:innen mit Infektion oder Verdacht auf COVID-19</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme zur Förderung des Wohlbefindens, der persönlichen Resilienz und der Selbstfürsorge, der persönlichen und beruflichen Entwicklung sind erforderlich, um die individuellen Fähigkeiten und eine Kultur der organisatorischen Resilienz aufzubauen</li> </ul>
25	Duffield et al. 2020 Harnessing ward-level administrative data and expert knowledge to improve staffing decisions: A multi-method case study Australien	Multi-Method Fallstudie Verwaltungsdaten n = 17 Pflegekräfte (Oktober 2014 – Oktober 2016)	Untersuchung der Auswirkungen von Änderungen der Bettenkonfiguration und de Patient:innenmix auf die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Änderungen der Bettenkonfiguration führte zu mehr komplexen und pflegebedürftigen Patient:innen, mehr Verlegungen von Patient:innen stattgefunden haben und eine größere Variabilität des Casemix resultierte</li> <li>- Änderungen der Patient:innenkomplexität und -aktivität erhöhte die Arbeitsbelastung (à weitere Erhöhung durch Personalentscheidungen, die zur stärkeren Abhängigkeit von Zeitarbeitskräften führte)</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datenzugang für Stationsleiter:innen um effiziente und effektive Personalbesetzung im Hinblick auf eine angemessene Arbeitsbelastung und einen angemessenen Qualifikationsmix vornehmen zu können</li> </ul>
26	Eriksson et al. 2021	Longitudinale Fragebogenstudie n = 840 Krankenschwestern und -pfleger und	Interaktion von Arbeitsanforderungen und Ressourcen, um die	Die Anforderungen an den Arbeitsplatz sagten die Kündigungsabsichten von Krankenpflegehelfer:innen voraus,

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Job demands and functional resources moderating assistant and Registered Nurses' intention to leave Schwede	Krankenpflegehelfer:innen (Oktober 2012 – Dezember 2014)	Kündigungsabsicht von Pflegepersonal hervorzuheben	während die Ressourcen die Kündigungsabsichten von Krankenschwestern und -pflegern vorhersagten Bei den Krankenschwestern und -pflegern wirkten mehrere Ressourcen moderierend auf den Zusammenhang zwischen Anforderungen und Austrittsabsichten: Soziale Unterstützung, vertikales Vertrauen und Menschlichkeit moderierten das Arbeitstempo und der Arbeitsablauf moderierte die emotionalen Anforderungen Bei den Krankenpflegehelfer:innen moderierten organisatorische Klarheit und interprofessionelle Zusammenarbeit die emotionalen Anforderungen  Keine der Ressourcen hatte einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen quantitativen Anforderungen oder illegitimen Aufgaben und der Absicht zu gehen.
27	Eriksson et al. 2022 A Case Study of Critical Reasons Behind Hospital Nurses Turnover Due to Challenges Across Schweden	Fallstudie- Mix Methode n=94 n = 10 Interviews 84 Befragungen (2012 - 2019)	Untersuchung von Fluktuationsgründen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse bestätigen frühere Forschungsergebnisse, wonach Kündigungsentscheidungen häufig ein schrittweiser Prozess sind</li> <li>- Faktoren, die zur Kündigungsentscheidung drei Hauptthemen, nämlich das Fehlen oder der Verlust von Pufferfaktoren, das Fehlen von Freizeit und das Gefühl, von der oberen Führungsebene nicht geschätzt zu werden und kein Gehör zu finden.</li> <li>- Diese Studie zeigt insbesondere, dass puffernde Faktoren auf der Mikroebene, einschließlich der Beziehungen zu den engsten Kollegen und Managern, zum Verbleib in einem angespannten Arbeitsumfeld beitragen. Unsere Studie zeigt jedoch, dass diese Pufferfaktoren den möglichen negativen Auswirkungen von Führungskulturen und Entscheidungen auf der Mesoebene (z. B. höheres Management) und der Makroebene (z. B. politische Ebene) langfristig nicht entgegenwirken können</li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>Lösung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Wertschätzung der Führungskraft</li> <li>- Mehr Freizeit/Urlaub bindet auch das Personal sowie bessere Arbeitszufriedenheit</li> </ul>
28	<p>Fagerström et al. 2018</p> <p>Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland</p> <p>Finnland</p>	<p>Beobachtungsstudie</p> <p>n = 12.475 Datenpunkte aus 36 Abteilungen von vier Krankenhäusern</p> <p>Januar – Dezember 2012 Januar -Dezember 2013</p>	<p>Korrelation zwischen täglicher Arbeitsbelastung pro Pflegekraft und Patient:innensterblichkeit und -sicherheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn die Arbeitsbelastung/Pflegekraft über dem angenommenen optimalen Niveau lag, betrug die Wahrscheinlichkeit für einen Zwischenfall im Bereich der Patient:innensicherheit 1,24/Patient:innensterblichkeit 1,43 gegenüber 0,79/0,78 bei optimalem Niveau</li> <li>- Bzgl. der Patient:innensicherheit war die Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls 10-30 %, bei der Patient:innensterblichkeit um 40 % höher</li> <li>- Zusammenhang zwischen täglicher Arbeitsbelastung pro Pflegekraft und Zwischenfällen im Bericht der Patient:innensicherheit und -sterblichkeit</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Zeit für die Pflege und Beobachtung der Patient:innen könnte das Risiko für unerwünschte Ereignisse verringern und die Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindern</li> <li>- Herkömmliche Methoden der Personalausstattung (Verhältnis von Patient:in zu Pflegekraft) sind nicht unbedingt vorzuziehen, wenn es darum geht, den Schweregrad und Casemix der Patient:innen zu berücksichtigen</li> <li>- Personalbemessung auf Grundlage der optimalen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals als neuartiger Versuch</li> </ul>
29	<p>Fleuren et al. 2021</p> <p>We're Not Gonna Fall: Depressive</p>	<p>Groß angelegte beobachtende Längsschnitt-studie</p>	<p>- Beziehung zwischen Resilienz, sozialem Klima im Team und depressiven Beschwerden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönliche Resilienz hängt negativ mit depressiven Beschwerden zusammen, zum Teil weil persönliche Resilienz negativ mit der Sorge um Infektionen verbunden ist, die</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Complaints, Personal Resilience, Team Social Climate, and Worries about Infections among Hospital Workers during a Pandemic Niederlande	n = 1.126 Beschäftigte aus Krankenhäusern (2. Höhepunkt der Pandemie)	- Untersuchung der Sorge um Infektionen als Erklärungsmechanismus	<ul style="list-style-type: none"> <li>wiederum positiv mit depressiven Beschwerden zusammenhängt</li> <li>- Soziales Klima im Team ist mit einer geringeren Auswirkung der Sorge, infiziert zu werden und andere anzustecken, auf depressive Beschwerden verbunden</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Persönliche Resilienz und gutes soziales Klima im Team sind wichtige Ressourcen, um depressive Beschwerden vorzubeugen</li> <li>- Sorgen über Infektionen spielen im Hinblick auf depressive Beschwerden eine wichtige Rolle. Krankenhäuser könnten bspw. Schutzausrüstungen, Testmöglichkeiten, Zugang zu Impfungen bereitstellen</li> <li>- Krankenhäuser sind in der Verantwortung, ein gutes soziales Klima im Team aufrechtzuerhalten, um die Arbeitnehmer:innen vor infektionsbedingten Sorgen zu schützen, die zu depressiven Beschwerden führen</li> </ul>
30	Foli et al. 2021 Voices from the COVID-19 frontline: Nurses' trauma and coping USA, Kanada	Qualitative Studie (Inhaltsanalyse) n = 105 Krankenschwestern und -pfleger der Intensivpflege (Juni 2020 – September 2020)	Erfahrungen von Intensivpfleger:innen im Hinblick auf Traumata und Substanz- und Alkoholkonsum als Bewältigungsmechanismus während der COVID-19-Pandemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Hinblick auf die Erfahrungen mit Traumata ergaben sich fünf relevante Themen:</li> <li>1) Psychische Belastungen (Ängste, Depressionen, Schuldgefühle, Symptome einer PTBS)</li> <li>2) Tsunami des Todes (Überwältigende Trauer und Verlust)</li> <li>3) Hin- und hergerissen sein zwischen persönlicher/familiärer Sicherheit und beruflichen Pflichten</li> <li>4) Verrat (berufliche Desillusionierung, Arbeitsunzufriedenheit, Absicht, den Arbeitsplatz/Beruf zu verlassen)</li> <li>5) Resilienz/posttraumatisches Wachstum durch sich selbst und andere (berufliche Erfahrungen)</li> </ul> <p>Im Hinblick auf Alkohol- und Substanzkonsum können drei wesentliche Themen abgeleitet werden:</p>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>1) Krise der psychischen Gesundheit, gestresster denn je, dünner denn je</p> <p>2) Pflegekräfte greifen zu einer Vielzahl von Substanzen zur Bewältigung (Alkohol, Essen, Tabak, „Partydrogen“, Marihuana)</p> <p>3) Schwächere Unterstützung bei der Bewältigung und zunehmende maladaptive Bewältigung aufgrund der anhaltenden Pandemie</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inanspruchnahme psychosozialer Dienste von Pflegekräften, die sich in einer Krise befinden</li> <li>- Organisationen sollten zur Unterstützung der psychischen Gesundheit Angebote unterbreiten inkl. eines Drogenscreenings</li> </ul>
31	Galletta et al. 2019 The role of collective affective commitment in the relationship between work-family conflict and emotional exhaustion among nurses: a multilevel modeling approach Italien	Querschnittsstudie n = 647 Pflegekräfte von 66 Stationen aus vier Krankenhäusern	Untersuchung der moderierenden Rolle des kollektiven affektiven Commitments als schützende Ressource in der Beziehung zwischen Work-Family-Konflikten (WFC) und emotionaler Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiver Zusammenhang zwischen emotionaler Erschöpfung und WFC</li> <li>- Beziehung zwischen WFC und emotionaler Erschöpfung war stärker, wenn das kollektive affektive Engagement niedrig war, vice versa</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kollektives affektives Commitment kann als schützende Ressource für Pflegekräfte angesehen werden</li> <li>- Konflikt zwischen Familie und Tätigkeit als Pflegekraft sollte kein ernsthaftes Problem darstellen, wenn dieses ein hohes affektives Commitment aufweist</li> </ul>
32	Gausvik et al. 2015	Mix-Methode + Kontrollgruppe	Diese Studie untersucht den patienten- und familienzentrierten Einsatz von strukturierten interdisziplinären Visiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In jeder Kategorie wurden signifikante Unterschiede zwischen dem SIBR-Personal auf der ACE-Station und dem Kontrollpersonal festgestellt.</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves USA	1n=24 (Pflegerkräfte, Therapeuten, Patientenbetreuer und Sozialarbeiter) 2n=38 (Pflegerkräfte, Therapeuten, Patientenbetreuer und Sozialarbeiter) In den Abteilungen der Kontrollgruppe wurden die traditionellen arztzentrierten Visiten durchgeführt.	am Krankenbett (SIBR) auf einer Abteilung für akute Altenpflege (ACE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Arbeitszufriedenheit der Krankenschwestern und -pfleger ist ein wichtiger Indikator für die Bindung an das Krankenhaus und die Rekrutierung neuer Mitarbeiter, und eine verbesserte Kommunikation kann ein wichtiger Aspekt zur Steigerung dieser Zufriedenheit sein.</li> <li>- Interdisziplinäre Teamvisiten, die am Krankenbett stattfinden, verbessern sowohl die Zufriedenheit des Pflegepersonals als auch die damit zusammenhängenden Kommunikationsmarker für Qualität und Sicherheit und können dazu beitragen, eine höhere Bindung des Pflegepersonals und eine sicherere Patientenversorgung zu erreichen.</li> </ul>
33	Gifford et al. 2022 There and back again. Examining the development of employee commitment during a prolonged crisis Niederlande	Qualitative Interviews n= 35 (Sep. 2020- Jan. 2021)	Die Studie untersuchte, wie sich das Engagement der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Verlauf der COVID-19-Krise entwickelt hat, und versuchen, die zugrundeliegenden Faktoren aufzudecken, die Veränderungen des Engagements im Verlauf eines langwierigen Krisenereignisses bewirken können, sowie die Auswirkungen auf die organisatorische Krisenbewältigung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anfänglicher Wunsch, zu helfen und die Krisenbemühungen zu unterstützen mit Fortschreiten der Krise nahm das Engagement des Personals für die Krisenversorgung ab.</li> </ul> <p>Drei Schlüsselfaktoren aufgedeckt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufgrund konkurrierender Anforderungen,</li> <li>2. erschöpfter Energie</li> <li>3. mangelnder Unterstützung und Wertschätzung</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement- und Ressourcenbeschränkungen kann sich negativ auf die Erreichung der Organisationsziele und die Organisationsleistung auswirken und die Reaktionsfähigkeit von Organisationen während und nach einer Krise gefährden</li> </ul>
34	Gillet et al. 2020 The effects of job demands on nurses' burnout and presenteeism through sleep	Querschnittsstudie n = 378 Pflegerkräfte (Oktober 2015 – Februar 2016)	Untersuchung der indirekten Auswirkungen von emotionaler Dissonanz und Arbeitsbelastung auf Präsentismus und emotionale Erschöpfung durch Schlafqualität und Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Dissonanz und Arbeitsbelastung mit der Schlafqualität und Entspannung, was wiederum mit einem geringeren Ausmaß an Präsentismus und emotionaler Erschöpfung verbunden war</li> <li>- indirekten Auswirkungen von emotionaler Dissonanz und Arbeitsbelastung waren auf die emotionale Erschöpfung durch die Schlafqualität sowie die indirekten Auswirkungen von</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	quality and relaxation Frankreich			<p>emotionaler Dissonanz auf die emotionale Erschöpfung durch Entspannung signifikant und positiv</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsplatzgestaltung durch Manager:innen und Organisationen sollten so erfolgen, dass das Vorhandensein von negativen Arbeitsmerkmalen (Arbeitsbelastung und emotionaler Dissonanz) verringert wird</li> <li>- Relevanz von Erholungsprozessen wird herausgestellt</li> </ul>
35	Griffiths et al. 2020 Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion	Systematischer Review und Diskussion n = 37 relevante Studien	Überblick über die Ansätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für allgemeine Akutkrankenhausstationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Großteil der Studien widmet sich der Bewertung von Instrumenten und Systemen, jedoch wenige Belege für die Auswirkungen auf die Patientenversorgung und Kosten</li> <li>- Vorteile der mit den Instrumenten festgelegten Personalausstattung scheinen mit einer höheren Personalausstattung zusammenzuhängen, jedoch keine Belege dafür, dass die Instrumente zu einem effizienteren oder effektiveren Einsatz einer bestimmten Personalressource führen</li> <li>- Hinweise, dass mithilfe von Instrumenten vorgenommene Personalbewertungen mit anderen Bewertungen korrelieren, jedoch führen unterschiedliche Systeme zu stark unterschiedlichen Schätzungen des Personalbedarfs</li> <li>- Unklar, inwieweit die Systeme eine bedarfsgerechte Personalausstattung gewährleisten können</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belege für die Methoden des Personaleinsatzes in der Pflege nach wie vor begrenzt</li> <li>- Keine Belege, dass ein bestimmtes Instrument präferiert werden sollte</li> <li>- Zukünftige Instrumente sollten die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient:innen ermitteln können, Forschungen</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				zu Kosten und Folgen des Einsatzes der Instrumente berücksichtigen
36	Griffiths et al. 2021 Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study England	Simulationsmodellierung 2017	Ziel ist es, sicherzustellen, dass das Personalsystem der Abteilung in der Lage ist, den schwankenden Bedarf zu decken und gleichzeitig einen verschwenderischen Umgang mit den Humanressourcen und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niedrige Grundbesetzung und der Einsatz von flexiblem Personal zur Deckung von Bedarfsspitzen wird häufig als wirtschaftlich effizient angesehen werden aber doch teurer sind</li> <li>- Personalpläne mit einer höheren Grundbesetzung kosteneffektiv zu sein schienen.</li> <li>- Ergebnis, ein Krankenhaus sollte zur Kostenminimierung mehr Pflegekräfte beschäftigen als es dem durchschnittlichen Bedarf entsprechen würde.</li> </ul> <p>Lösung: Pflegekräftepool, die flexibel einsetzbar sind und mehr Personal einplanen</p>
37	Guttormson et al. 2022 Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey USA	Deskriptive Studie n= 488 Pflegekräfte (Oktober 2020 und Januar 2021)	Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von COVID-19 auf die moralische Belastung des Pflegepersonals, Burnout und die psychische Gesundheit zu beschreiben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt 488 Antworten von Krankenschwestern und -pflegern aus der Intensivpflege, die während der COVID-Pandemie in den USA tätig waren.</li> <li>- Mehr als zwei Drittel der Befragten erlebten einen Mangel an persönlicher Schutzausrüstung (PSA). Die befragten Krankenschwestern berichteten über ein mittleres bis hohes Maß an moralischer Belastung und Burnout.</li> <li>- 44,6 % bzw. 31,1 % der Befragten berichteten über mittelschwere bis schwere Depressionen und Angstzustände.</li> <li>- Bei siebenundvierzig Prozent der Befragten bestand das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)</li> <li>- Mangelnde Unterstützung durch die Verwaltung und fehlende PSA wurden mit einem höheren Maß an Burnout, moralischer Belastung und PTBS-Symptomen in Verbindung gebracht</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Befragten hatten mehr Angstzustände und Depressionen als die Allgemeinbevölkerung und ein höheres Risiko, an einer PTBS zu erkranken, als Patienten nach traumatischen Verletzungen.</li> <li>- Ein hohes Maß an angegebenem Burnout und moralischer Belastung erhöht das Risiko, dass Krankenschwestern und Krankenpfleger die Intensivstation oder den Beruf verlassen.</li> </ul>
38	Hackmann et al. 2018  Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege - Probleme und Herausforderungen  Deutschland	Literaturreview	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematische Erfassung und Bewertung struktureller Probleme und Herausforderungen, um darauf aufbauend nachhaltige Strategien und Lösungen zu entwickeln.</li> <li>- zwei Schritten durchgeführt: im ersten Schritt erfolgte die Analyse der Probleme und Herausforderungen</li> <li>- Im Anschluss wurde der Blick auf die Lösungen und Strategien gerichtet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird gefordert bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen</li> <li>- Finanzielle Anreize geben</li> <li>- Andere Arbeitszeitmodelle</li> <li>- Nur mit Besserung des Images können neue Pflegekräfte gewonnen werden</li> </ul>
39	Halter et al. 2017  The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews  International	Systematischer Literaturreview  n = 9 relevante Studien (1990 – 2015)	Qualitative Belege für die Determinanten und Folgen der Fluktuation in der Erwachsenenpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress und Unzufriedenheit auf individueller Ebene als relevanter Determinanten für die Fluktuation</li> <li>- Führungsstil und Unterstützung durch Vorgesetzte als relevante Determinanten für die Fluktuation</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Belege sind nicht eindeutig, weitere Forschung indiziert</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
40	Hämmig 2018 Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland Schweiz	Querschnittsstudie n = 1.840 Angestellte aus sechs öffentlichen Spitälern und Rehabilitationskliniken (2015 – 2016)	Untersuchung arbeitsbezogener Erklärungsfaktoren oder Prädiktoren für Burnout und die Absicht, den Beruf zu verlassen im Allgemeinen und bei Pflegekräften und Ärzt:innen im Besonderen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeder 12. Angestellte wies erhöhte Burnout-Symptome auf</li> <li>- Jeder 6. Angestellte dachte häufig daran, den Beruf zu verlassen</li> <li>- Positiver Zusammenhang zwischen zeitlicher, körperlicher, emotionaler und mentaler Arbeitsbelastungen und beruflichem Stress und Burnout-Symptomen und Absicht, den Beruf zu verlassen</li> <li>- 13 % der Ärzt:innen und 7 % der Pflegekräfte weisen ein erhöhtes Burnout-Risiko auf (signifikant höher)</li> <li>- Höchste RR für erhöhte Burnout-Symptome und Ausstiegsgedanken bei Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung sowie Arbeit und Leben</li> <li>- Prädiktoren für stärkste Burnout-Symptome: Ungleichgewicht zwischen Arbeits- und Privatleben bei Angehörigen der Gesundheitsberufe im Allgemeinen und Ärzt:innen im Spezifischen</li> <li>- Prädiktor für Ausstiegsgedanken: Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Belohnung</li>   <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Verringerung der Arbeitsbelastung, des arbeitsbezogenen Stresses (Verringerung der Frustration sowie Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben), um Burnout und Ausstiegsgedanken zu verhindern</li> </ul>
41	Jo et al. 2021 Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view	Explorative Querschnittsstudie n = 904 Pflegekräfte (Juli 2020 – November 2020)	Beschreibung des Ausmaßes der Resilienz von Pflegekräften  - Ermittlung von Faktoren, die mit Resilienz in Zusammenhang stehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegekräfte in den USA weisen eine signifikant höhere Resilienz auf als Pflegekräfte der anderen Länder</li> <li>- Auf COVID-19 positiv getestete Pflegekräfte berichteten geringere Resilienzwerte als Negativgetestete</li> <li>- Je größer die Absicht, den Beruf aufzugeben, desto geringer war die Resilienz</li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Japan, Korea, Türkei, USA			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegekräfte, die über die organisatorische Unterstützung berichteten und Pflegekräfte, die an der Entwicklung von Richtlinien und Verfahren beteiligt waren, hatten höhere Resilienzwerte</li> <li>- Organisatorische Unterstützung, Beteiligung der Pflegekräfte an der Entwicklung von Richtlinien und das Land erwiesen sich als relevante Resilienzfaktoren</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Unterstützungsangebote für das Pflegepersonal, um eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten zu können</li> <li>- Neben materieller Unterstützung bedarf es auch soziale/emotionale Unterstützung durch Freunde, Familie, Arbeitgeber und Gemeinschaft</li> </ul>
42	Karagiannidis et al. 2020  Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft  Deutschland	Quantitative Ergebnis aus Sekundärdaten  (Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN))  n = 53 339 Pflegekräften aus 111 Krankenhäusern mit durchschnittlich 361 Betten ausgewertet werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was kann gegen die Fluktuation getan werden?</li> <li>- Was haben wir in den kommenden Jahren insbesondere im Hinblick auf die Altersstruktur der Pflegekräfte zu erwarten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hauptursache für die Fluktuation ist die Arbeitsverdichtung.</li> <li>- Dem Pflegenotstand kann Deutschland nur durch eine Reduktion von Krankenhäusern und eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen entgegen</li> <li>- Fluktuation und Arbeitszeitverkürzung in der Altersgruppe 30-40. Lebensjahr am höchsten</li> </ul> Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsbelastungen reduzieren- mehr Work-Life-Balance ermöglichen</li> <li>- Finanzieller Anreize schaffen, gerade für das Arbeiten am Wochenende und Feiertagen ☑ wie in der freien Wirtschaft</li> <li>- Akademisierung würdigen und weiter fördern</li> <li>- Vermeidung von Übertherapie und Zusammenlegen von Kliniken</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
43	Koch et al. 2020 How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians Deutschland	Querschnittsstudie n = 1060 Ärzte und Pflegekräfte (Sept. 2017)	Ziel der Studie war es, das Verständnis für die Faktoren zu verbessern, die die Absicht, den Beruf zu verlassen, auslösen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerade bei jungen MA hat sowohl die wahrgenommene Qualität der Pflege als auch die Arbeitszufriedenheit Einfluss auf die Absicht, den Beruf zu verlassen</li> <li>- Die wahrgenommene Qualität der Pflege steht hauptsächlich in direktem Zusammenhang mit der Absicht, den Beruf zu verlassen</li> </ul> <p>Lösung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Rahmenbedingungen in der stationären Pflege.</li> <li>- Junge MA fordern strukturelle Veränderungen, die die Arbeitsverdichtung und Dokumentationsarbeit reduzieren könnten</li> <li>- angemessene Personalausstattung</li> <li>- Diese Veränderungen könnten die Grundlage für eine Arbeitszufriedenheit schaffen, die durch eine hohe Pflegequalität unterstützt wird.</li> </ul>
44	Lasater et al. 2021 Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study USA (New York, Illinois)	Querschnittsstudie n = 4.298 Pflegekräfte chirurgischer Stationen aus 254 Krankenhäusern und n = 2.182 Pflegekräfte von Intensivstationen aus 179 Krankenhäusern (Dezember 2019 – Februar 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variiert die Personalausstattung zwischen einzelnen Krankenhäusern und welche Ergebnisse für die Patienten gehen damit einher?</li> <li>- Beispiel für die Auswirkungen einer chronischen Unterbesetzung von Krankenhäusern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchschnittliches Verhältnis von Patient:innen zu Pflegekräften war in der Chirurgie in New York signifikant schlechter als in Illinois, v.a. in New York City</li> <li>- Durchschnittliches Verhältnis von Patient:innen zu Pflegekräften war in der Intensivmedizin in New York City signifikant schlechter</li> <li>- Große Unterschiede des Verhältnisses von Patient:innen zu Pflegekräften zwischen den Krankenhäusern</li> <li>- Nahezu die Hälfte der Pflegekräfte weist Burnout auf</li> <li>- Nahezu die Hälfte der Pflegekräfte bewertet die Patientensicherheit als schlecht, ein Drittel bewertet die Infektionsprävention schlecht</li> <li>- 70 % der Pflegekräfte würden das Krankenhaus nicht weiterempfehlen</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mehrheit der Pflegekräfte gibt an, ihre Arbeit häufig durch unzureichendes Personal unterbrechen oder verzögern zu müssen</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Pflegekräfte arbeiteten in den Wochen vor der ersten Corona-Welle mit zu wenig Personal, was ein Risiko für die Bevölkerung darstellte</li> <li>- Maßnahmen für eine sichere Personalausstattung erforderlich</li> </ul>
45	Lee et al. 2020 Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave Kanada	Querschnittsstudie n = 113 perioperative Pflegekräfte (2014)	Untersuchung von Faktoren, die mit der Arbeitszufriedenheit und Absicht, das Unternehmen zu verlassen, zusammenhängen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen war signifikant mit der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte verbunden, wichtigster Prädiktor war die emotionale Erschöpfung</li> <li>- Negativer Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit und positiver Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Kündigungsabsicht</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Höhere emotionale Erschöpfung ist mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit und einer höheren Kündigungsabsicht verbunden</li> <li>- Pflegemanagement sollte ein befähigendes und offenes Arbeitsumfeld schaffen, das die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals fördert und die Austrittsabsicht reduziert</li> </ul>
46	Lögde et al. 2018 I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the	Querschnittsstudie (Qualitative Einzelinterviews) n = 20 Pflegekräfte aus sieben Universitäts- und Kreiskrankenhäusern (Februar - März 2016)	Beschreibung der Gründe für das Verlassen der perioperativen Pflege (Prozess von der Überlegung bis zur Beschreibung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gründe für den Berufsausstieg:</li> <li>- Verrat und abweisende Haltung der Oberschwester, Gefühl, nicht gebraucht zu werden</li> <li>- Unmenschliche Arbeitsbedingungen mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit</li> <li>- Keine Entscheidungsfreiheit über das eigene Leben und Familienleben</li> <li>- Abwertendes Verhalten von Kolleg:innen</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	process and reasons to quit their job Schweden			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsausstieg wurde als Prozess beschrieben</li> <li>- Mehrere Faktoren waren relevant für den Berufsausstieg, zentrale Rolle wird der leitenden Pflegekraft zugeschrieben, die ein Berufsausstieg verhindern könnte (z.B. durch Zeigen von Interessen an ihnen oder das Verbalisieren ihrer Bedeutung in der Organisation)</li> </ul>
47	Luo et al. 2020 The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis  17 Länder (z.B. China, Singapur, Italien, Iran, Türkei, Spanien, Indien, Argentinien, Brasilien, Chile, Mexiko, Dänemark, Vietnam)	Systematischer Literaturreview und Metaanalyse  n = 62 relevante Studien (November 2019 – Mai 2020)	Untersuchung der psychologischen und mentalen Auswirkungen von COVID-19 bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, der Allgemeinbevölkerung und Patient:innen mit erhöhtem COVID-19-Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gepoolte Prävalenz von Ängsten und Depressionen liegt bei 33 %</li> <li>- Prävalenz von Angstzuständen und Depressionen am höchsten bei Patient:innen mit COVID-19 Infektion und Vorerkrankungen</li> <li>- Gemeinsame Risikofaktoren für stärkere psychische Belastung: Weibliches Geschlecht, Berufsbild der Pflegekraft, niedriger sozioökonomischer Status, hohes COVID-19-Infektionsrisiko, soziale Isolation</li> <li>- Schutzfaktoren: Verfügbarkeit ausreichender medizinischer Ressourcen, aktuelle und korrekte Informationen, Ergreifen von Vorsichtsmaßnahmen</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Dringender Bedarf nach psychologischen Interventionen für Hochrisikogruppen</li> </ul>
48	MacPhee et al. 2017 The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads	Querschnittsstudie  n = 472 Pflegekräfte in der Akutversorgung	Untersuchung der Beziehungen zwischen sieben Arbeitsbelastungsfaktoren und Ergebnissen für Patient:innen und Pflegepersonal  Belastungsfaktoren:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direkte und signifikante Auswirkungen auf die Ergebnisse für Patient:innen und Pflegekräfte, wenn eine hohe Arbeitsbelastung wahrgenommen wurde und es zu Unterbrechungen der Aufgaben kam</li> <li>- Unerledigte Aufgaben als Mediator für die Beziehungen zwischen hoher Arbeitsbelastung und den Ergebnisse für</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	on Patient and Nurse Outcomes British Columbia, Kanada		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berichte des Pflegepersonals über die Personalausstattung auf Stationsebene</li> <li>- Akuität und Abhängigkeit der Patient:innen</li> <li>- Wahrnehmung der Arbeitsbelastung durch die Pflegekräfte</li> <li>- nicht erledigte Pflegeaufgaben</li> <li>- Beeinträchtigte Standards</li> <li>- Unterbrechung des Arbeitsflusses auf Arbeitsebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient:innen und Pflegekräfte und zwischen Unterbrechungen und den Ergebnissen für Pflegekräfte und Patient:innen</li> <li>- Professionelle Pflegestandards als Mediator zwischen hoher Arbeitsbelastung und Pflegeergebnissen und zwischen Unterbrechungen und Pflegeergebnissen</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Zusammenarbeit zwischen Verwaltungsangestellten und Pflegekräften</li> <li>- Verringerung der Arbeitsbelastung auf verschiedenen Ebenen</li> </ul>
49	Malliarou et al. 2021 ICU Nurse's Moral Distress as an Occupational Hazard Threatening Professional Quality of Life in the Time of Pandemic COVID 19 Griechenland	Quantitative Studie n= 258 ICU Pflegekräfte (Juni 2020- Okt. 2020)	Ziel der Untersuchung war: Die moralische Belastung und ihrer Auswirkungen auf das Pflegepersonal auf der Intensivstation, ihrer beruflichen Lebensqualität sowie der damit verbundenen Faktoren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- positive Korrelation zwischen der moralischen Belastung des Pflegepersonals und der Qualität des Berufslebens.</li> <li>- Moralische Belastung kann zu physischen, psychischen, sozialen und beruflichen Problemen führen, die dazu führen können, dass Pflegekräfte ihren Beruf aufgeben.</li> <li>- Geschlecht und die Rolle in der Krankenpflege statistisch signifikant wobei Pflegeassistenten in Bezug auf Belastung und Intensität höhere Werte erzielten als examinierte Krankenpfleger und Frauen in insgesamt höhere Werte erzielten als Männer.</li> <li>- Eine mögliche Erklärung dafür, dass registrierte Krankenschwestern und -pfleger niedrigere Werte für Stress und Intensität erzielten, weil Sie geschult wurden in Kommunikationsfähigkeiten</li> </ul>
50	McAndrew et al. 2018 Moral distress in critical care nursing:	Literaturreview n = 12 qualitative, n = 24 quantitative und n = 6 relevante Mixed Methods-Studien (2009 – 2015)	Literaturübersicht zu moralischem Stress, der Messung, beitragenden Faktoren, Auswirkungen und Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Widersprüchliche Ergebnisse zu moralischer Belastung und demographischen Merkmalen der Pflegekräfte, Problemen mit dem professionellen Praxisumfeld, Kommunikationsschwierigkeiten bei Entscheidungen am Lebensende, beeinträchtigende Pflege als Folge moralischer Belastung und wenig wirksame Interventionen</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	The state of the science  Verschiedene Länder (z.B. USA, Türkei, Südkorea, Brasilien, Spanien, Israel, Italien, Schweiz, England)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kultur, Geschlecht, Religion, Alter, Berufsjahre und Rolle innerhalb der Organisation können sich auf moralische Belastung auswirken</li> <li>- Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen und das Ausmaß der Zusammenarbeit tragen zur moralischen Belastung in der Intensivpflege bei</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Mitfühlende Pflege als professioneller Wert in der Pflege und Auswirkungen auf die Pflegequalität, wenn dieser nicht nachgekommen wird</li> <li>- Weitere Forschung indiziert</li> </ul>
51	Mealer et al. 2016  The Connor-Davidson Resilience Scale in Critical Care Nurses: A Psychometric Analysis  USA	Explorative Faktorenanalyse  n= 744 ICU Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untersuchung der Faktorenstruktur der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) bei Intensivpflegekräften mittels explorativer Faktorenanalyse und konfirmatorischer Faktorenanalyse</li> <li>- Beurteilung der Reliabilität und bekannter Gruppenunterschiede der CD-RISC bei Intensivpflegekräften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niedrigere Resilienz bei ICU Pflege</li> <li>- Personen mit niedriger Resilienz haben eher eine Posttraumatische Belastungsstörung</li> </ul> <p>Resiliente Intensivpflegerinnen und -pfleger haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS, Angstzuständen, Depressionen oder einem Burnout-Syndrom zu leiden</p>
52	Mediavilla et al. 2021  Role of access to personal protective equipment, treatment prioritization decisions, and changes in job	Querschnitts-studie  n = 2.370 Beschäftigte im Gesundheitswesen (mehr als 75 % Ärzt:innen oder Pfleger:innen)  (April 2020 bis Juni 2020)	Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Stressoren (gemeldeter Zugang zu Schutzausrüstung, Änderung der Arbeitsaufgaben, Entscheidung über die Priorisierung von Patient:innen) und psychischen Gesundheitsindikatoren (Depressionssymptome, psychische Belastung, Suizidgedanken, Angst vor Infektionen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27 % der Befragten weisen eine Depression, 74 % einen positiven Befund für psychische Probleme</li> <li>- 7 % der Befragten gaben Todeswünsche an, 21 % davon gaben aktive Suizidgedanken an</li> <li>- Die Angst, Angehörige anzustecken, war größer als die Angst sich selbst zu infizieren</li> <li>- Veränderbare arbeitsbedingte Stressoren (persönliche Schutzausrüstung, Änderungen der Arbeitsaufgaben, Entscheidungen über die Priorisierung von Patient:innen)</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	functions on health workers' mental health outcomes during the initial outbreak of the COVID-19 pandemic Spanien			<p>werden mit schlechterer psychischer Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen in Verbindung gebracht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Präventionsstrategien für medizinisches Personal sollten Schutzausrüstungen am Arbeitsplatz, Minimieren der Veränderungen der Aufgaben, Einführung von Kriterien für die Patient:innentriage und einen Bereitschaftsdienst einer Ethikkommission, Zugang zu evidenzbasierter psychosozialer Behandlung</li> </ul>
53	Mihalache und Mihalache 2022 How workplace support for the COVID-19 pandemic and personality traits affect changes in employees' affective commitment to the organization and job-related well-being Großbritannien	Querschnittsstudie n = 295 Arbeitende (Mai – Juni 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderungen des arbeitsbezogenen Wohlbefindens der Mitarbeiter:innen während umweltbedingten Störungen</li> <li>- Verbesserung und Aufrechterhaltung des affektiven Commitments der Mitarbeiter:innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung am Arbeitsplatz (organisatorische Unterstützung, Erreichbarkeit des:der Vorgesetzten geht mit positiven Veränderungen des arbeitsbezogenen Wohlbefindens einher → Effekt wird durch Veränderungen des affektiven Commitments gegenüber der Organisation vermittelt</li> <li>- Persönlichkeitsmerkmale als Moderator für die Beziehungen zwischen beiden Unterstützungsformen und Veränderungen des affektiven Commitments</li> <li>- Beziehungen für Mitarbeiter:innen mit niedriger Selbsteinschätzung und mit hoher Zukunftsorientierung positiver</li> </ul>
54	Mihaljevic et al. 2018 Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation	Kern-Zyklus-Entwicklung und Evaluationsstudie n= 90	Ziel dieses Beitrags ist es, die Entwicklung des IPTW-Curriculums und die Implementierung der ersten IPTW in Deutschland an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Heidelberger Interprofessionelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementierung von einer interprofessionellen Ausbildungsstation. Im Jahr 2017 haben 11 Kohorten das Programm absolviert mit mehr als 90 Studenten/Schüler.</li> <li>- Es zeigte sich eine gute Zusammenarbeit und Zufriedenheit der unterschiedlichen Professionen.</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	(HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward Deutschland	7 Kohorten aus Medizinstudenten und Pflegekräfte (April- Dezember 2017)	Ausbildungsstation, HIPSTA) auf der Grundlage von Best-Practice-Beispielen aus Schweden und mit einer theoretischen Untermauerung zu beschreiben. Darüber hinaus kann diese Projektbeschreibung durch die Verwendung einer transparenten und verallgemeinerbaren Methodik anderen helfen, die IPTWs einführen wollen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HIPSTA könnte im deutschen Gesundheitssystem auch in einem komplexen klinischen Umfeld etabliert und durchgeführt werden.</li> <li>- Die frühzeitige Einbindung aller Berufsgruppen in eine Steuerungsgruppe scheint der Schlüssel zum Erfolg zu sein. Pflegerische und ärztliche Moderatoren sind für die tägliche Routine von größter Bedeutung. Die hier geschilderten Erfahrungen könnten anderen helfen, die IPTWs an ihren Standorten einführen wollen.</li> </ul>
55	Missouridou et al. 2021 Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece Griechenland	Mixed-Methods-Studie n = 105 Pflegekräfte und Pflegehelfer:innen (Mai 2020 bis Oktober 2020)	Untersuchung von Mitgefühlsmüdigkeit und Mitgefühlzufriedenheit bei Pflegekräften in COVID-19-Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 % der Pflegekräfte geben eine hohe Mitgefühlsmüdigkeit an</li> <li>- 77 % geben ein hohes bis mäßiges Potential für Mitgefühlzufriedenheit an</li> <li>- Pflegekräfte mit höheren Werten im Hinblick auf Glauben und Bedeutung weisen höhere Mitgefühlzufriedenheitswerte auf</li> <li>- Pflegekräfte, die ein traumatisches Erlebnis aufwiesen, weisen höhere Werte im Hinblick auf sekundären traumatischen Stress auf</li> <li>- Angemessene Vorbereitung/Schulung, klare und verantwortungsbewusste Führung, Austausch im Team über Gefühle, Erfahrungen und Verantwortlichkeiten während des Übergangs auf die COVID-19-Einheit helfen den Teilnehmer:innen, mit Angst umzugehen</li> <li>- Angst kann zu Frustration und langanhaltender Ohnmacht führen, sofern sie unbeachtet bleibt</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf, Organisationen im Gesundheitswesen und Pflegeanbieter vorzubereiten im Hinblick auf den Umgang mit emotionalen Inhalten</li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
56	Moloney et al. 2018 Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework Neuseeland	Querschnittsstudie n = 2.876 Pflegekräfte (2014 – 2015)	Entwicklung eines umfassenden Modells der Fluktuationsabsicht in der Pflege durch Untersuchung der Auswirkungen der Arbeitsanforderungen, Arbeitsressourcen, persönlicher Anforderungen, Burnout, Arbeitsengagement und Absicht die Organisation bzw. den Beruf zu verlassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höhere Engagement führt zu einer geringeren Absicht die Organisation oder den Beruf zu verlassen</li> <li>- Burnout hat signifikante Auswirkungen auf die Austrittsabsicht durch geringeres Engagement</li> <li>- Höhere Arbeitsbelastung und stärkere Beeinträchtigung des Arbeitslebens führend zu höherem Burnout und sind die stärksten Prädiktoren für die Austrittsabsicht</li> <li>- Höhere emotionale Anforderungen/Herausforderungen und größere Selbstwirksamkeit haben starke Auswirkungen auf die Austrittsabsicht durch höheres Engagement</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Burnout und Arbeitsengagement spielen eine zentrale Rolle bei der Übertragung der Auswirkungen von beruflichen Anforderungen, beruflichen Ressourcen und persönlichen Anforderungen</li> <li>- Beeinträchtigung des Arbeitslebens und hohe Arbeitsbelastung stellen eine große Bedrohung für den Verbleib in der Pflege dar</li> <li>- Bindungsfördernd hingegen sind herausfordernde Anforderungen und ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit</li> </ul>
57	Nielsen und Dieperink 2020 Cultural Perspectives and Nurses Reactions on the Corona Pandemic: A Critical View From Denmark	Klinische Beobachtungen, informelle Interviews, Datenanalyse von Social Media, TV, Radio Keine Angabe (1 Monat nach dem ersten Coronafall in Dänemark)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufzeigen der kulturellen Muster und Reaktionen innerhalb der dänischen Bevölkerung</li> <li>- Öffentliche Reaktionen und Regierungsinitiativen, die sich auf die Reaktionen, die berufliche Identität und das Selbstverständnis der Pflegekräfte auswirken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategien von Führungskräften und Krankenhäusern:</li> <li>- Pflegekräfte äußerten zum Teil Wunsch nach „militärischem Befehlshaber“/klare Anweisungen</li> <li>- Angst der Pflegekräfte verringern durch engen Kontakt und Überwachung durch eine Hygienefachkraft</li> <li>- Verschieben der Konsultationen in den Ambulanzen und aller Untersuchungen, die als sicher eingestuft wurden</li> <li>- Anbieten von Telefon- oder Videokonsultationen</li> <li>- Kein Zugang von Angehörigen im Krankenhaus (außer bei sterbenden Verwandten)</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Dänemark			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildung von Ärzt:innen, Pflegepersonal und weiterem Personal zur Vorbereitung auf die Pandemie (Einhaltung der Hygienemaßnahmen, Versorgung von COVID-19-Patient:innen, Verhindern einer Übertragung)</li> <li>- Pensionierte Pflegekräfte und Studierende werden um Hilfe gebeten (hoher Rücklauf durch viele pensionierte Pflegekräfte und Krankenpflegeschüler:innen)</li> <li>- Archetypen in der Reaktion von Pflegekräften auf die Pandemie:</li> <li>- „Die Ergebenen“: stark motiviert, anpassungsbereit, lernwillig/-fähig, selbstloses Heldentum, starkes Team</li> <li>- „Die Besorgten“: Krankmeldungen, hoher Krankenstand, Angst (vor Ansteckung und Weitergabe), Stresssymptome (v.a. bei chronischen Krankheiten oder Schwangerschaft) Unsicherheit, Besorgnis bzgl. der eigenen Kompetenzen</li> <li>- „Die Krachmacher“: Tragen Gedanken nach außen (in den Abteilungen, im Privatleben, in den sozialen Medien), diskutieren Arbeitsbedingungen, Gehalt, Rechte von Pflegekräften</li> </ul>
58	Nowell et al. 2021 A grounded theory of clinical nurses' process of coping during COVID-19 Kanada	Grounded theory, Coping Strategien nach Corbin u. Strauss, symbolischer Interaktionismus, semistrukturierte Interviews mit erfahrenen Pflegefachpersonen n = 20	Coping-Strategien bei Pflegefachpersonen während der COVID-19-Pandemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je nach Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gelang die Bewältigung von Krisen besser oder schlechter.</li> </ul>
59	Ooms et al. 2022 Enhancing the well-being of front-line healthcare	Mix-Method-Evaluation n= 72 Pflegekräfte, Ärzte, Physiotherapeuten	In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer evaluativen Forschungsstudie zu einer Intervention mit dem Namen Resilienz- und	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse der Evaluation des kombinierten Ansatzes zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz deuten darauf hin, dass das Programm, für Krankenschwestern und -pfleger</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	professionals in high pressure clinical environments: A mixed-methods evaluative research project England	(Jan.- Juli 2018)	Wohlbefindenstrainingsprogramm vorgestellt, die in einer Akutabteilung eines Krankenhauses in Großbritannien entwickelt und durchgeführt wurde. Das achtwöchige Programm verfolgte einen kombinierten Ansatz (sowohl personen- als auch arbeitsorientiert), mit Achtsamkeitstraining sowie Vorträgen und Diskussionen, um das Verständnis der Teilnehmer für das Organisationsleben zu vertiefen	<p>an vorderster Front in einem Umfeld mit hohem Druck wertvoll ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Teilnehmer erlebten vergleichbare - wenn auch angesichts der unterschiedlichen Art der Programme nicht identische - Vorteile wie die Teilnehmer an anderen dokumentierten kombinierten Programmen wie den gut dokumentierten Schwartz-Runden. Die folgenden Merkmale des Trainingsprogramms für Resilienz und Wohlbefinden schienen besonders wichtig zu sein, um den Teilnehmern diese Vorteile zu ermöglichen:</li> <li>- Ein starkes Engagement der Führungskräfte für eine regelmäßige Teilnahme mit Zeitschutz, was bedeutet, dass die Mitarbeiter in der Lage waren, teilzunehmen und sich dazu berechtigt fühlten.</li> <li>- Ein Schwerpunkt auf dem Aufbau eines Bewusstseins für das organisatorische Leben durch Vorträge und Diskussionen, was bedeutete, dass sowohl das soziale Gefüge der Akut-Bewertungseinheit als auch die individuelle Fähigkeit, Stressfaktoren zu bewältigen, wo nötig, unterstützt und in einer das Wohlbefinden fördernden Weise entwickelt wurden.</li> </ul>
60	Ose et al. 2019 One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences	Qualitative Studie n= 24 Pflegekräfte (Aug. 2015- Jan.2017)	Das Ziel dieser Studie war es, die individuellen Erfahrungen der Krankenschwestern zu verstehen. Die Ziele der Studie bestanden darin, (1) ein Krankenhaus zu ermitteln, das die Einführung von 12-Stunden-Schichten plant, (2) Krankenschwestern zu rekrutieren, die ihre Erfahrungen mit 12-Stunden-Schichten mitteilen möchten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese Studie hat gezeigt, wie unterschiedlich die Präferenzen der Krankenschwestern für 12-Stunden-Schichten sind. Obwohl die Erfahrungen mit 12-Stunden-Schichten für die meisten der teilnehmenden Krankenschwestern in unserer Studie positiv waren, wurde sie nicht von allen bevorzugt</li> <li>- individuelle Präferenz für die Arbeit in 12-Stunden-Schichten von der eigenen gesundheitlichen Situation, der familiären Situation, der Toleranz gegenüber der Arbeitsbelastung, dem Grad der Schlafprobleme, der Persönlichkeit und anderen Faktoren abhängt</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Norwegen			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf der Grundlage dieser Ergebnisse empfehlen wir, dass die Arbeit in 12-Stunden-Schichten in öffentlichen Krankenhäusern freiwillig sein sollte</li> </ul>
61	<p>Pappa et al. 2021</p> <p>From Recession to Depression?</p> <p>Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, CrossSectional Study</p> <p>Griechenland</p>	<p>Multizentrische Querschnittsstudie</p> <p>n = 464 Fragebögen aus 6 Krankenhäusern</p>	<p>Identifikation von Risikofaktoren von Angst, Depressionen, traumatischem Stress und Burnout bei Personal in Gesundheitsberufen in Griechenland</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptome und Level von Burnout bei 65 %, besonders hoch, für Depressionen und traumatischem Stress bei 25-35 %.</li> <li>- Vorhersagbare Auslöser: Infektionsrisiko, mangelnde Schutzausrüstung</li> <li>- Hohe psychologische Bürde verbunden mit Covid-19-Pandemie, zu erwartende psychologische Schwierigkeiten, Unterstützung notwendig</li> </ul>
62	<p>Petrişor et al. 2021</p> <p>Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among</p>	<p>Querschnittsstudie mit Intensivpflegenden von Okt. 2020 – Feb. 2021, MMD-HP und PH-Q4 Skalen wurden angewandt</p> <p>n = 79</p>	<p>Identifikation von Auslösern für Depressionen, Ängste und Intentionen, den Beruf zu verlassen bei Pflegefachpersonen auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie</p>	<p>Hohe Spezifität und Sensitivität der angewandten Instrumente; System-assoziierte Faktoren scheinen Hauptfaktoren für Moral Distress zu sein. Moral Distress ist assoziiert mit negativem psychologischem Outcome</p>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic Rumänein			
63	Petzold et al. 2020 Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie	Zusammenfassung	Zusammenfassung erster Empfehlungen zur Reduktion von Stress und psychischer Belastungen bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der COVID-19-Pandemie, u.a. unter Berücksichtigung der Empfehlungen der WHO, des Internationalen Roten Kreuzes und der Vereinten Nationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Stress und psychischen Belastungen</li> <li>- Heftige Emotionen (Ärger, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen) sollten als nachvollziehbar betrachtet werden</li> <li>- Grundbedürfnisse sollten befriedigt werden (gesunde Ernährung, Einhaltung von Pausen, körperliche Aktivität)</li> <li>- Reaktivierung von Bewältigungsstrategien zur Bewältigung der erlebten Belastungen (inkl. Verzicht auf Substanzkonsum als Copingstrategie)</li> <li>- Austausch mit Kolleg:innen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte im privaten Umfeld (z.B. auch in Form digitalen Austausch sofern Angst vor Ansteckung, Quarantäne)</li> <li>- Aufrechterhalten von Routinen à Sicherheit</li> <li>- Teamgefühl</li> <li>- Hinweise für Führungskräfte zur Unterstützung der Mitarbeiter:innen:</li> <li>- Psychische Belastung im Blick behalten (Atmosphäre schaffen, in der Mitarbeiter:innen sich trauen, psychische Belastungen mitzuteilen)</li> <li>- Kommunikation fördern (Reduzieren von Unsicherheiten und Sorgen, Gefühl von Kontrolle)</li> <li>- Pausen und Erholung fördern (Strukturen schaffen, Ruhe und Erholung während der Pausen zu erleben)</li> <li>- Kollegiale Unterstützung ermöglichen (Gelegenheiten zum Austausch im Team schaffen, gegenseitige Unterstützung)</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang zu psychosozialen Hilfen (Inanspruchnahme darf nicht zu Stigmatisierung führen)</li> <li>- Eigene Selbstfürsorge aufrechterhalten (Rollenvorbild für einen selbstfürsorglichen Umgang mit Stress)</li> <li>- Flexible Arbeitszeiten ermöglichen (v.a. für Mitarbeiter:innen, deren Familien oder sie selbst von belastenden Ereignissen betroffen sind)</li> <li>- Stress und psychische Belastung ernst nehmen (mehr Kapazitäten für berufliche Aufgaben schaffen durch Schutz vor Stress und Belastungen)</li> <li>- Wertschätzung vermitteln (außergewöhnliche Leistungen in Krisenzeiten sollten besondere Wertschätzung erfahren)</li> <li>- Klare Rollen- und Aufgabenverteilung (Anpassung an sich verändernde Gegebenheiten)</li> </ul>
64	Raspe et al. 2020 Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern Deutschland	Querschnittsstudie n= 1.060 Ärzt:innen und professionelle Pflegende (September 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untersuchung aktueller Belastungsfaktoren</li> <li>- Einfluss der Belastungsfaktoren auf den Gesundheitszustand und auf die erbrachte Patient:innenversorgung</li> <li>- Identifizierung von wirkungsvollen Verbesserungsbedarfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitliche und psychosoziale Belastungsfaktoren mit überwiegend erheblicher Ausprägung</li> <li>- Wöchentliche Arbeitszeit war unter Ärzt:innen höher als unter Pflegenden, höhere Anteile an Wochenenddiensten für Pflegende als für Ärzt:innen</li> <li>- Pflegende erfuhren häufiger körperliche und verbale Aggressionen durch Patient:innen als Ärzt:innen</li> <li>- Pflegende bewerteten die interprofessionelle Zusammenarbeit häufiger gering als Ärzt:innen</li> <li>- Gratifikationskrisen eher bei Pflegenden</li> <li>- 15 % der Pflegenden und 22 % der Ärzt:innen nahmen eher Medikamente wegen Arbeitsstress ein</li> <li>- Subjektiver Gesundheitszustand wurde von Pflegenden schlechter bewertet als von Ärzt:innen</li> <li>- Keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich des Burnout-Risikos</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assoziation zwischen Belastungsfaktoren und reduziertem Gesundheitszustand, erhöhtem Burnout-Risiko und subjektiv schlechterer Versorgungsqualität</li> <li>- Protektive Einflussfaktoren im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand und das Burnout-Risiko: Anerkennung, Karrieremobilität und Arbeitsplatzsicherheit</li> <li>- Positiver Einfluss der besseren Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzt:innen auf den subjektiven Gesundheitszustand und das Burnout-Risiko</li> <li>- Wochenenddienste, Overcommitment, Einnahme von Medikamenten hatten einen negativen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand</li> <li>- Leistung, tatsächliche Arbeitszeit, körperliche Aggressionen, Overcommitment und die Einnahme von Medikamenten hatten einen negativen Einfluss auf das Burnout-Risiko</li> <li>- Wunsch nach weniger Dokumentationen und Reduktion der Arbeitsverdichtung junger Ärzt:innen</li> <li>- Erwartung einer leistungsgerechten Bezahlung, eines gesetzlich festgelegten Personalschlüssels, Verringerung der Arbeitsverdichtung und des Dokumentationsaufwand sowie Verbindlichkeiten von Absprachen durch junge Pflegende</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuelle Arbeitsbedingungen stellen eine Gesundheitsgefährdung dar</li> <li>- Notwendigkeit von Rahmenbedingungen, die nachhaltig ein gesundes und effektives Arbeiten ermöglichen</li> </ul>
65	Romppanen und Häggman-Laitila 2017	Systematischer Review n = 8 relevante Studien in n = 10 relevanten Artikeln (2009 – März 2015)	Sammeln, Bewerten und Zusammenfassen des aktuellen Forschungswissens über die Interventionen zur Verbesserung des	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personenzentrierte Interventionen</li> <li>- Methoden zur Stressbewältigung und zum Aufbau von Resilienz</li> <li>- Verhaltens- und mentale Veränderungsprozesse z.B. Online-Interventionen</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review		Wohlbefindens von Pflegekräften am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekämpfung von psychischen und mentalen Belastungen, Stressbewältigung und -abbau, Reduzierung des riskanten Alkoholkonsums, Verbesserung der geistigen Fitness und des Wohlbefindens</li> <li>- Verhaltensorientierte Interventionen, Vermittlung von Atemtechniken und Entspannungsfähigkeiten</li> <li>- Kognitive Interventionen, Bereitstellen von Informationen über potenzielle Stressoren, Erwerb von Problemlösungsfähigkeiten</li> <li>- Personen- und organisationszentrierte Interventionen</li> <li>- Verbesserte Interaktion mit Kolleg:innen durch persönliches Training</li> <li>- Überprüfung des von der Einheit selbst angegebenen Ausgangsniveaus für Höflichkeit, Respekt und Indikatoren für das Arbeitsleben</li> <li>- Regelmäßige Treffen mit Moderator:innen</li> <li>- Übungen zum Aufbau von Vertrauen, aktivem Zuhören, Beilegung von Streitigkeiten, Konfliktlösungen</li> <li>- Entwicklung von Stressmanagement und Arbeitsmethoden, dreiteiligen integriertes Gesundheitsprogramm</li> <li>- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Muskelkraft und Flexibilität</li> <li>- Informationsveranstaltungen zu Bewegung, Ernährung, Rauchen, Schlaf, Aktivität und muskuloskelettalen Problemen</li> <li>- Stressbewältigungstraining, Folgen von Stress und Bewältigung</li> <li>- Untersuchung des Arbeitsplatzes, Gespräche zur Organisation und Bewältigung der Arbeit</li> <li>- Organisationszentrierte Interventionen</li> <li>- Klinische Supervision</li> <li>- Entwicklung der Arbeitsbedingungen und Ausbildung</li> <li>- Instrument zur Bewertung der Arbeitsbelastung in der Pflege, Aufstockung der Stellen</li> <li>- Erneuerung der Anforderungen an die Arbeitsnachfrage und eine langfristige Rekrutierungsstrategie</li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausweitung eines Nursing Graduate Programms mit verbessertem Zugang zu klinischer Supervision und Unterstützung der Absolvent:innen</li> <li>- Zugang zur beruflichen Weiterbildung (Graduate School for Health Practice)</li> </ul>
66	Rossi et al. 2020 Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy Italien	Webbasierte Querschnittsstudie n = 1.379 Beschäftigte im Gesundheitswesen, davon 34,23 % Pflegekräfte (März 2020)	Untersuchung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei 49,38 % zeichnete sich eine PTBS ab</li> <li>- Bei 24,73 % konnten Symptome einer Depression, bei 19,8 % Symptome von Angstzuständen, bei 8,27 % Schlaflosigkeit, bei 21,9 % hoher empfundener Stress</li> <li>- Jüngerer Alter und weibliches Geschlecht stehen in Zusammenhang mit Angstzuständen, wahrgenommenem Stress, Depression</li> <li>- Allgemeinmediziner:innen gaben häufiger an, an PTBS zu leiden als andere Berufsgruppen</li> <li>- Pfleger:innen und Pflegehelfer:innen gaben eher an, an schwerer Schlaflosigkeit zu leiden</li> <li>- Assoziation zwischen dem Tod eines Kollegen/einer Kollegin mit PTBS, Symptomen von Depression und Schlaflosigkeit</li> <li>- Assoziation zwischen der Einweisung eines Kollegen/einer Kollegin ins Krankenhaus mit PTBS und einem erhöhten Stressempfinden</li> <li>- Assoziation zwischen einem Kollegen/einer Kollegin in Quarantäne und Depressionssymptomen und höherem Stressempfinden</li> <li>- Assoziation zwischen der Ansteckungsgefahr und depressiven Symptomen</li> <li>- Schlussfolgerung:</li> <li>- Weiteres Monitoring und spezifische Interventionen für das Gesundheitspersonal während der COVID-19-Pandemie sind notwendig, um langfristige psychische Beeinträchtigungen zu verhindern</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
67	Sagherian et al. 2017 Acute fatigue predicts sickness absence in the workplace: A 1-year retrospective cohort study in paediatric nurses USA	Retrospektive Kohortenstudie n = 40 Pflegekräfte mit n = 6.057 Arbeitsschichten (2012 – 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Müdigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Pflegekräften eines Kinderkrankenhauses</li> <li>- Prädiktoren zur Vorhersage des Krankenstands</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anstieg der Werte für akute Müdigkeit um 1 SD gingen mit 1,29-mal höherer Wahrscheinlichkeit für das Fernbleiben von der Arbeit einher</li> <li>- Prädiktoren für das Fernbleiben von der Arbeit: Erholung zwischen den Schichten, wahrgenommene Arbeitsbelastung, obstruktive Schlafapnoe, Familienstand (Ehe)</li> <li>- Pflegekräfte mit obstruktiver Schlafapnoe hatten eine doppelt so hohe Fehlzeitenwahrscheinlichkeit</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenhang zwischen Krankenstand und akuter Müdigkeit und Arbeitsbelastung</li> <li>- Anbieten einer Untersuchung im Hinblick auf Schlafapnoe und entsprechender Behandlung</li> </ul>
68	Sagherian et al. 2020 Insomnia, fatigue and psychosocial well - being during COVID - 19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States USA	Querschnittsstudie n= 587 Pflegekräfte (Mai- Juni 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschreibung des Ausmaßes von Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Erholung zwischen den Schichten sowie des psychischen Wohlbefindens (Burnout, posttraumatischer Stress und psychische Belastung)</li> <li>- Untersuchung von Unterschieden in diesen Bereichen auf der Grundlage arbeitsbezogener Merkmale beim Pflegepersonal während der COVID-19-Pandemie in den Vereinigten Staaten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belege für schlechten Schlaf, Müdigkeit und negative psychologische Auswirkungen während der COVID-19-Pandemie bei Pflegepersonal in den Vereinigten Staaten</li> <li>- Das Pflegepersonal wies einen erhöhten Schweregrad der PTBS-Symptome und eine mäßige psychische Belastung auf.</li> </ul>
69	Sahebi et al. 2021 The prevalence of anxiety and	Umbrella-review von Metaanalysen, Jan 2020 – Okt. 2020	Depressionen und Angst bei Personal in Gesundheitsberufen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Prävalenz von Depressionen und Angst bei Personal in Gesundheitsberufen ist während der Pandemie ist besonders hoch.</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses  Weltweit, Hauptautor aus Iran, Studien aus GB, China, Indien	n = 7 relevante Studien		- Hinweis: Sie sollten vor dem Risiko bewahrt, bzw. gut betreut werden
70	Sasso et al. 2019  Push and pull factors of nurses' intention to leave  Italien	Querschnittsstudie n = 3.667 Pflegekräfte (September – Dezember 2015)	Untersuchung von Faktoren, die die Absicht von Pflegekräften, ihren Arbeitsplatz zu verlassen, und folglich die Fluktuation beeinflussen	- 35,5 % der Pflegekräfte beabsichtigen den Arbeitsplatz innerhalb des nächsten Jahres zu verlassen aufgrund von Arbeitsunzufriedenheit (11,7 % der Befragten beabsichtigen den Beruf aufzugeben) - Push-Faktoren: Unterbesetzung, Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung), mangelnde Patient:innensicherheit, Durchführung von nicht-pflegerischen Tätigkeiten, männliches Geschlecht - Pull-Faktoren: positive Wahrnehmung der Qualität und Sicherheit der Pflege, Ausübung von Kerntätigkeiten in der Pflege
71	Schwarzkopf et al. 2017  Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to	Multizentrische Querschnittsstudie n = 778 ICU Pflegekräfte und Ärzt:innen von 23 ICUs	- Prädiktoren und Folgen einer als nicht vorteilhaft empfundenen Behandlung vor dem Hintergrund des Burnouts - Vergleich zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen	- Wahrnehmung einer nicht nützlichen Behandlung im Median "manchmal", häufiger wurde sie von Pflegekräften als von Ärzt:innen wahrgenommen - Emotionale Erschöpfung wurde bei Assistenzärzt:innen am häufigsten beobachtet - Austrittsabsicht war bei Assistenzärzt:innen höher als bei Pflegekräften

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians Deutschland			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prädiktoren für eine unvorteilhafte Behandlung waren eine hohe Arbeitsbelastung und eine schlechte Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen</li> <li>- Prädiktor für die Wahrnehmung einer unvorteilhaften Behandlung bei Assistenzärzt:innen und Pflegekräften im Vergleich zu Oberärzt:innen war eine schlechte Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften</li> <li>- Wahrnehmung einer nicht förderlichen Behandlung steht in Zusammenhang mit Burnout und kann die Absicht, das Unternehmen zu verlassen, erhöhen</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen zur Reduzierung der Wahrnehmung einer nicht förderlichen Behandlung sollten das Arbeitsumfeld verbessern und individuell auf die Erfahrungen von Pflegekräften, Assistenz- und Oberärzt:innen zugeschnitten sein</li> </ul>
72	Shechter et al. 2020 Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic, General Hospital Psychiatry New York, USA	Querschnittsstudie Online-Fragebogen für Ärzt:innen, Anbietern von erweiterten praktischen Leistungen, Pflegefachpersonen, Anwohner n = 657 (April 2020)	Beschreibung/Identifikation von Distress, Coping und Parameter für Unterstützung bei Personal in Gesundheitsberufen in New York City	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Häufig positive Untersuchung auf psychologische Symptome, v.a. akuter Stress (57 %), Depressionen (48 %) und Angst (33 %); erhöhte Anfälligkeit während der Covid-19-Pandemie vor allem bei Pflegefachpersonen und Gesundheitsdienstleistern; körperliche Aktivität häufigste Coping-Strategie (59 %) sowie individueller Therapeutenkontakt und Interesse an selbstgeführten Online-Beratungen</li> <li>- Interesse an weiteren Wellness-Ressourcen; entwickelte Programme zur Stressreduktion bei Personal in Gesundheitsberufen sollten mehr integriert werden</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
73	Sillero und Zabalegui 2018 Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses Spanien	Querschnittsstudie n=136 Pflegenden in perioperativer Abteilung (2014)	Analyse des Einflusses von organisatorischen Faktoren des Arbeitsumfelds von perioperativem Pflegepersonal auf die drei Burnout-Dimensionen: emotionale Erschöpfung, Despersonalisierung und persönliche Erfüllung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionale Erschöpfung bei 43 %</li> <li>- Depersonalisierung bei 21 %</li> <li>- Verminderte persönliche Leistung bei 53 %</li> <li>- Der Grad des allgemeinen Burnouts mäßig</li> <li>- Arbeitsumfeld wurde als ungünstig eingestuft</li> <li>- Multiple Regressionsanalysen: Drei organisatorische Faktoren stehen mit allen drei Dimensionen des Burnouts in Verbindung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurse manager ability / Leadership / Support of nurses</li> <li>- Staffing and resources adequacy</li> <li>- Nursing foundations of quality care</li> </ul> </li> <li>- Empfehlung an Krankenhausleitung: Maßnahmen zur Verbesserung der organisatorischen Faktoren</li> <li>- Förderung eines positiven Führungsstils</li> <li>- Bereitstellung der notwendigen Ressourcen</li> <li>- Schaffung eines positiven Klimas im Arbeitsumfeld</li> </ul>
74	Simonetti et al. 2021 Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID--19 pandemic: A large cross--sectional study Italien	Querschnittsstudie n= 1.005 Krankenschwestern  Die Analysen basierten auf deskriptiver Statistik und multivariater logistischer Regression.	Bewertung der Prävalenz von Angst, Schlafstörungen und Selbstwirksamkeit sowie ihrer Vorhersagefaktoren bei Krankenschwestern, die mit COVID-19 konfrontiert sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Prävalenz von Schlafstörungen, mäßiger Angst und geringer Selbstwirksamkeit lag bei 71,4 %, 33,23 % bzw. 50,65 %.</li> <li>- positive Korrelation zwischen Ängstlichkeit und Schlafqualität (0,408; <math>p &lt; .0001</math>) und negative Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeit und Ängstlichkeit (-0,217; <math>p &lt; .0001</math>) und Schlafqualität und Selbstwirksamkeit (-0,134; <math>p &lt; .0001</math>).</li> <li>- Der Faktor, der unabhängig mit allen Variablen assoziiert war, war das Geschlecht. Frauen waren anfälliger für Schlafstörungen, Ängstlichkeit und ein niedriges Maß an Selbstwirksamkeit als Männer (<math>p &lt; .05</math>).</li> </ul> <p>Schlussfolgerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Prävalenz von Angstzuständen, Schlafstörungen und geringer Selbstwirksamkeit war unter italienischen Krankenschwestern während der COVID-19-Pandemie hoch.</li> <li>- Verantwortliche im Gesundheitswesen sollten diese Ergebnisse erkennen und berücksichtigen, um das Risiko des Auftretens schwerwiegender psychischer Probleme, die zu einer</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>posttraumatischen Belastungsstörung führen könnten, zu verringern.</p> <p>Relevanz für die klinische Praxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenschwestern und -pfleger, die mit großen Ereignissen wie der COVID-19-Pandemie konfrontiert sind, gehören zum Gesundheitspersonal mit einem hohen Risiko, psychische Störungen zu entwickeln, die bewertet und erkannt werden sollten, um hilfreiche Bewältigungsstrategien zu finden.</li> </ul>
75	<p>Sillero-Sillero und Zabalegui 2020</p> <p>Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work</p> <p>Spanien</p>	<p>Querschnittsstudie</p> <p>n = 130</p>	<p>Ziel dieser Studie war es daher, zu untersuchen, wie sich das perioperative Arbeitsumfeld auf die Arbeitsunzufriedenheit, die berufliche Erschöpfung und die Wahrnehmung der Pflegequalität auf die Absicht auswirkt, die Arbeit von perioperativem Pflegepersonal aufzugeben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 % der perioperativen Krankenschwestern würden ihre Arbeit aufgeben wollen.</li> <li>- Die Dimension der Arbeitsumgebung des Personals und der Ressourcen, die Unzufriedenheit und die emotionale Erschöpfung der Krankenschwestern waren Faktoren, die auf die Absicht der perioperativen Krankenschwestern hinwiesen, die Arbeit aufzugeben.</li> </ul> <p>Handlungsempfehlung:</p> <p>Die Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds auf der Grundlage magnetischer Werte kann eine Schlüsselstrategie sein.</p>
76	<p>Sio et al. 2020</p> <p>Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review</p> <p>USA, Norwegen, Frankreich, Australien, Kanada,</p>	<p>Systematischer Literaturreview</p> <p>n = 36 relevante Studien (2014-2019)</p>	<p>Systematische Übersicht über aktuelle Präventionsmaßnahmen gegen psychische Störungen, arbeitsbedingten Stress und Burnout bei Ärzt:innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische Störungen scheinen unter Ärzt:innen weit verbreitet</li> <li>- Risikofaktoren für arbeitsbedingten Stress betreffen</li> <li>- Rolle (z.B. Konflikte, Gewalt, Verantwortlichkeiten, Unklarheiten bzgl. der Rolle, Ohnmachtsgefühl)</li> <li>- Beziehungen (z.B. Unterstützung durch Kolleg:innen, Kommunikation, Mobbing)</li> <li>- Kontrolle (z.B. begrenzte Kontrolle in der Praxis, Unzufriedenheit, Mangel an Autonomie)</li> <li>- Berufsbedingte Faktoren (z.B. Arbeitslast, Schichtarbeit, Arbeitszeiten, Behandlungsfehler)</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Südafrika, Iran, Taiwan, Deutschland, Finnland, UK, Rumänien			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisatorisches Umfeld (z.B. Partizipierte Entscheidungsfindung, inadäquate Freizeit, exzessive Bürokratie)</li> <li>- Karriere (z.B. Arbeitsplatzsicherheit, Karrieremöglichkeiten, Gehalt, unbezahlte Überstunden)</li> <li>- Individuelle psychologische Faktoren (z.B. positiver vs. negativer Erklärungsstil, anhaltende negative Emotionen)</li> <li>- Präventionsmaßnahmen scheinen bereits zu existieren, jedoch ist die Wirksamkeit der Maßnahmen unklar</li> <li>- Weitere Forschung ist indiziert, um evidenzbasierte Empfehlungen formulieren zu können</li> </ul>
77	Slatyer et al. 2018 Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial Australien	Controlled Trial  91 Pflegende (n = 65 Interventionsbedingung; n = 26 Kontrollbedingung)	Untersuchung der Wirksamkeit einer kurzen Intervention zur achtsamen Selbstfürsorge und Resilienz für Pflegende in einem australischen Tertiärkrankenhaus im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Pflegende in einer Warteliste)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verringerung von Burnout und depressiver Stimmung</li> <li>- Folgedaten: Verringerungen auch noch 6 Monate nach anhaltend.</li> <li>- Statistische Signifikanz bei Follow-up-Analyse für Verbesserungen bei „compassion satisfaction“, Selbstmitgefühl und subjektiver Lebensqualität</li> <li>- Kurze achtsamkeitsbezogene Selbstfürsorge-Intervention ist wirksam</li> </ul>
78	Soto-Rubio et al. 2020 Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health	Querschnittsstudie, multiple hierarchische lineare Regressionsmodelle Zufallsstichprobe: 125 Pflegende aus drei öffentlichen KHS in Valencia	Analyse der Auswirkungen psychosozialer Risiken & emotionaler Intelligenz auf Gesundheit, Wohlbefinden, Burnout-Niveau und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften während des Anstiegs und des Höhepunkts der COVID-19-Pandemie in Spanien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse deuten auf schützende Wirkung der emotionalen Intelligenz vor negativen Auswirkungen psychosozialer Risiken wie Burnout und psychosomatischen Beschwerden hin</li> <li>- Zudem günstige Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	during the COVID-19 Pandemic Spanien	Befragung von Pflegenden, die im März/April 2020 aktiv waren		
79	Srikesavan et al. 2022 Resilience Enhancement Online Training for Nurses (REsOluTioN): Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial England	Parallel-Randomized-Control-Trial n= 100 (Aug. 2021- Mai 2022)	Ziel dieser Studie ist es, das Niveau der Resilienz, der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Krankenschwestern vor und nach dem Online-Resilienztraining mit einer Kontrollgruppe auf der Warteliste zu vergleichen. Außerdem soll untersucht werden, inwieweit sich die Teilnehmer auf die Studie einlassen und ob sie das Online-Training akzeptieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EsOluTioN wird darauf abzielen, Krankenschwestern und -pfleger zu befähigen, ihre Widerstandsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern, während sie unter schwierigen klinischen Bedingungen arbeiten.</li> <li>- Das Online-Training wird interaktiv sein, mit Beiträgen von Mentoren, Führungskräften im Gesundheitswesen und Kollegen, um das Engagement und die Kommunikation zu fördern, und wird ein Forum schaffen, in dem Pflegekräfte ihre Ansichten und Bedenken äußern können, ohne dass hierarchische Infrastrukturen sie daran hindern. Dies kann die Selbsterkenntnis und das Lernen von Bewältigungsstrategien für die Resilienz am Arbeitsplatz verbessern und einen sicheren Raum für die Validierung von Gefühlen durch Mentoring und Peer-Unterstützung bieten</li> <li>- Die Erprobung von REsOluTioN wird es ermöglichen, vorläufige Daten zu sammeln, die auf die Wirksamkeit des Programms bei der Stärkung der Resilienz von Krankenschwestern am Arbeitsplatz hindeuten</li> <li>- Dies könnte dazu führen, dass REsOluTioN auf breiter Basis eingeführt wird, da es in die übergreifenden Strategien für Gesundheit und Wohlbefinden von Gesundheitsorganisationen eingebettet ist, was zu einer Verbesserung der Resilienz der Pflegekräfte und in der Folge zu einer Verbesserung der Patientensicherheit und der Pflegequalität führt.</li> </ul>
80	Stehman et al. 2019 Burnout, Drop Out, Suicide: Physician	Systematischer Literaturreview	Überblick über das Ausmaß von Burnout, verursachende Faktoren & Folgen für die	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersicht Häufigkeit von Burnout</li> <li>- Burnout auf allen Ebenen der medizinischen Ausbildung, beginnt früh, setzt sich während der Assistenzzeit fort, Burnout</li> </ul>



#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	Loss in Emergency Medicine, Part I USA und weltweit		Medizin im Allgemeinen und für die Notfallmedizin im Besonderen	<p>zu Beginn der Karriere scheint Burnout im späteren Berufsleben zu begünstigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gründe: Individuelle Charakteristika stehen nicht im Mittelpunkt, sondern organisations- und umfeldbezogene Faktoren. Die Autoren gehen näher auf Electronic Health Records, finanzielle Sorgen und das Second Victim Syndrome ein</li> <li>- Folgen: Negative Auswirkungen auf Qualität der Gesundheitsversorgung, Patientensicherheit und -zufriedenheit, finanzielle Leistung</li> <li>- Burnout kann „ansteckend“ sein</li> <li>- Konsequenz: Arbeitszeitverkürzung, Arbeitsplatzwechsel oder Wechsel der Spezialisierung, Abkehr von der Medizin</li> <li>- Burnout tritt auf einem Kontinuum mit Depression auf</li> <li>- Alkoholmissbrauch häufiger als in Allgemeinbevölkerung</li> <li>- Entsprechendes gilt für Suizid (USA)</li> </ul>
81	Sullivan et al. 2022 Comparison of Nurse Burnout, Before and During the COVID-19 Pandemic USA	Literaturübersicht 19 Studien zur COVID-19-Pandemie	Geschichte von Pandemien, Forschungsergebnisse zum Burnout bei Pflegekräften während früherer und der aktuellen COVID-19-Epidemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Burnout-Raten unter normalen Umständen, während der COVID-19-Pandemie noch höher</li> <li>- Gesundheitseinrichtungen können Pflegekräfte unterstützen und Burnout verringern</li> <li>- Organisationen sollten Pflegende auf ihr Burnout-Risiko hin überwachen</li> <li>- Möglichkeiten zur Unterstützung, z. B.: Achtsamkeitstraining, Selbstversorgungstechniken, Zugang zu psychosozialer und psychologischer Unterstützung, Priorisierung von Ruhezeiten und Pausen sowie Meditations-Apps.</li> </ul>
82	Thrysoee et al. 2022 Hospital nurses' experiences of and	Explorative Interviews + Fokusgruppen Interviews n = 24 Pflegekräfte (April- Aug. 2021)	Welche Auswirkungen, hat die Arbeit auf Covid-Stationen auf das Verhalten der Krankenschwester in ihrem Alltag und Berufsleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neue Solidarität und starke Teambildung innerhalb der Kollegen auf Station</li> <li>- Andere Krankenschwestern empfanden die Arbeit mit COVID-19 als belastend und wirkten sich negativ auf ihr Verhalten im Alltag und im Berufsleben aus</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	perspectives on the impact COVID-19 had on their professional and everyday life—A qualitative interview study Dänemark			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einige der Folgen waren Ausgrenzung und Distanz zu Kollegen, Familie und Freunden, Isolation und im schlimmsten Fall der Verlust des beruflichen Selbstvertrauens einiger Krankenschwestern.</li> </ul>
83	Trumello et al. 2020 Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals Italien	Ad hoc questionnaire n =627 Beschäftigte des Gesundheitswesens (April 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologische Anpassung von Fachkräften des Gesundheitswesens während des Höhepunkts der COVID-19-Pandemie: Angst, Depression, psychischer Stress, berufliche Lebensqualität</li> <li>• Einstellung der Angehörigen der Gesundheitsberufe zur psychologischen Unterstützung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachkräfte, die mit COVID-19-Patienten arbeiten: Höheres Maß an Stress, Burnout, sekundärem Trauma, Angst und Depression</li> <li>- Fachkräften in Gebieten mit höheren Ansteckungsraten: Höhere Stress- und Burnout-Werte sowie geringere „compassion satisfaction“</li> <li>- Keine Wechselwirkungen zwischen Arbeit mit COVID-19-Patienten und Arbeit in Gebieten mit einer stärkeren Ausbreitung</li> <li>- Gruppe der Fachleute, die mit COVID-19-Patienten arbeiteten: Anteil, der um psychologische Unterstützung bitten wollte, doppelt so hoch</li> <li>- Weiterer Überlegungen und gezielte Präventions- und Interventionsprogramme notwendig für besonders exponierte Arbeitskräfte</li> </ul>
84	Ungard et al. 2019 The Impact of Shift Length on Mood	Baselinestudie n = 79 Pflegekräfte	Baseline Messung von Schlaf, körperlicher Aktivität und Arbeitszeiten und Untersuchung möglicher	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Unterschiede hinsichtlich der Schrittzahl/Tag, Arbeitsimmersion, soziale Unterstützung oder dem BMI zwischen den Pflegekräften</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	and Fatigue in Pediatric Registered Nurses USA		Korrelationen zwischen den genannten Faktoren und der Müdigkeit und der Stimmungslage von Pflegekräften, die entweder eine 8- oder 12-Stunde-Schicht arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterschied in der Schlafqualität und im Alter: Pflegekräfte in 8-Stunden-Schichten (älter) hatten einen niedrigeren Schlafqualitätswert als Pflegekräfte, die in 12-Stunden-Schichten arbeiteten</li> <li>- Höhere Arbeitsintensität und geringere Schlafqualität waren Prädiktoren für chronische Müdigkeit (durchschnittliche Schrittzahl galt nicht als Prädiktor)</li> <li>- Höhere Arbeitsintensität war ein Prädiktor für akute Müdigkeit (körperliche Aktivität, Schlafqualität und soziale Unterstützung galten nicht als signifikante Prädiktoren)</li> <li>- Keine der unabhängigen Variablen (durchschnittliche Schrittzahl, Schlafqualität, Arbeitsintensität, soziale Unterstützung) sagten die Erholung zwischen den Schichten voraus</li> <li>- Signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Auswirkungen der Schichtlänge: Erholung zwischen den Schichten war bei Pflegekräften der 12-Stunden-Schichten geringer</li> <li>- Kein Unterschied im Hinblick auf Stimmung, chronische und akute Müdigkeit zwischen den unterschiedlichen Schichtlängen</li> </ul> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perspektiven des Pflegepersonals am Krankenbett untersuchen, um die Ermüdung zu verringern und sich auf die Bedürfnisse konzentrieren zu können</li> <li>- Ggf. Änderung der organisatorischen Richtlinien auf Grundlage der Faktoren, die die Pflegekräfte als hilfreich erachten</li> </ul>
85	Van Bogaert 2014 Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-	Querschnitterhebung n= 1201 (Pflegekräfte in 8 unterschiedlichen Krankenhäuser)	Es sollten die Mechanismen untersucht werden, durch die Dimensionen des Arbeitsumfelds von Krankenschwestern und Krankenpflegern, wie die Beziehung zwischen Krankenschwester und Arzt,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Dimensionen des Arbeitsumfelds der Krankenschwestern sagten die Bewertungen der Krankenschwestern in Bezug auf die Arbeitsplatzvariablen und die Qualität der Pflege voraus.</li> <li>- Merkmale der Arbeitscharakteristika des Pflegepersonals, z. B. die wahrgenommene Arbeitsbelastung, der</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
	assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors Belgien		das Management der Krankenschwester auf der Ebene der Abteilung sowie das Krankenhausmanagement und die organisatorische Unterstützung, mit den Arbeitsergebnissen und der von den Krankenschwestern und Krankenpflegern bewerteten Qualität der Pflege in Verbindung gebracht werden. Zu den vermittelnden Variablen gehörten die Arbeitscharakteristika des Pflegepersonals - Arbeitsbelastung, Sozialkapital, Entscheidungsspielraum - sowie die Dimensionen des Arbeitsengagements - Elan, Engagement und Absorption.	Entscheidungsspielraum, das Sozialkapital und die drei Dimensionen des Arbeitsengagements, spielten eine vermittelnde Rolle zwischen dem Umfeld der Pflegepraxis und den Ergebnissen. Ein überarbeitetes Modell, das verschiedene Anpassungsmaße verwendete, erklärte 60 % der Arbeitsergebnisse und 47 % der von den Pflegekräften bewerteten Pflegequalität. Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Merkmale der Arbeit von Krankenschwestern wie Arbeitsbelastung, Entscheidungsspielraum und Sozialkapital zusammen mit dem Arbeitsengagement der Krankenschwestern (z. B. Elan, Hingabe und Absorption) die Sichtweise der Krankenschwestern auf ihre Praxisumgebung, die Arbeitsergebnisse und die Pflegequalität beeinflussen.</li> <li>- Die Ergebnisse unterstreichen Aspekte, die von verschiedenen Interessengruppen wie Führungskräften, Pflegedienstleitern, Ärzten und Pflegekräften bei der Einrichtung und Organisation von Gesundheitsdiensten berücksichtigt werden müssen.</li> </ul>
86	Walmsley et al. 2018 Experiential interprofessional education for medical students at a regional medical Kanada	Mix-Methode N= 43 (Jan.-Juni 2016)	Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen eines erfahrungsbasierten IPE-Programms vor dem Praktikum zu untersuchen, bei dem Medizinstudenten mit Krankenpflegern bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in einem DME-Umfeld zusammenarbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass HEIGHTEN eine angenehme Lernerfahrung bot, eine positive interprofessionelle Einstellung förderte und eine Wertschätzung der Rolle der Krankenpflege bewirkte.</li> <li>- In beiden Studien wurden positive interprofessionelle Ergebnisse nachgewiesen, u. a. ein verbessertes Wissen über den Pflegeberuf, ein Verständnis für die Bedeutung der interprofessionellen Kommunikation und eine verbesserte Einstellung der Medizinstudenten gegenüber Krankenschwestern.</li> <li>- Im Gegensatz zu den meisten IPE-Schulungen, die oft in erster Linie auf Interaktionen zwischen Studierenden verschiedener Berufsgruppen abzielen, bringt HEIGHTEN die Studierenden</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<p>mit Fachleuten an ihrem Arbeitsplatz zusammen. Der praxisnahe Charakter von HEIGHTEN hat dazu geführt, dass die Studierenden zum einen ihre IPC-Fähigkeiten verbessern und zum anderen wertvolle klinische Fähigkeiten, Erfahrungen in der Interaktion mit Patienten und eine Orientierung in stationären klinischen Umgebungen erwerben, die sie auf die Famulatur vorbereiten.</p>
87	<p>Watters et al. 2015 Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study England</p>	<p>Quasi-experimental (non-randomised), n=115 Krankenpfleger:innen und Hebammen + n=156 Ärzte:innen, alle im 1. Studiumsjahr</p>	<p>In dieser Arbeit sind uniprofessionelle und interprofessionelle Versionen einer Simulationsschulung verglichen worden, um mehr darüber zu erfahren, ob sie die Selbstwirksamkeit der Auszubildenden verbessert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die thematische Analyse der qualitativen Daten zeigte Verbesserungen in den Bereichen Kommunikation/Teamarbeit und Führung bei den Ärzten und Krankenschwestern, die ein Simulationstraining absolvierten.</li> <li>- Diese Ergebnisse wurden durch eine statistische Analyse bestätigt, die zeigte, dass sich das Selbstvertrauen von Ärzten und Krankenschwestern insgesamt verbesserte (<math>p &lt; 0,001</math>). Bei den interprofessionell ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern wurden im Vergleich zu den uniprofessionell ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern (<math>n=115</math>; <math>p &lt; 0,001</math>) bessere Ergebnisse als zu Beginn des Kurses beobachtet.</li> <li>- Die Bewertungen der Ärzte nach dem Kurs zeigten, dass die interprofessionelle Ausbildung signifikant mit besseren Endergebnissen in der Dimension Kommunikation/Teamarbeit verbunden war (<math>n=156</math>; <math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
88	Wei et al. 2018 The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review USA	Systematischer Literaturreview n= 54 Studien (Jan 2005- Dez. 2017)	Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, die wichtigsten Schwerpunkte der zwischen Januar 2005 und Dezember 2017 in den Vereinigten Staaten veröffentlichten Studien zum Arbeitsumfeld von Pflegekräften zu identifizieren, zu bewerten und zusammenzufassen sowie Strategien zur Verbesserung des Arbeitsumfelds von Pflegekräften aufzuzeigen.	fünf Hauptthemen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) Auswirkungen gesunder Arbeitsumgebungen auf die Ergebnisse des Pflegepersonals, wie z. B. psychische Gesundheit, emotionale Belastungen, Arbeitszufriedenheit und Bindung an das Unternehmen;</li> <li>- (2) Zusammenhänge zwischen gesunden Arbeitsumgebungen und zwischenmenschlichen Beziehungen des Pflegepersonals am Arbeitsplatz, Arbeitsleistung und Produktivität;</li> <li>- (3) Auswirkungen gesunder Arbeitsumgebungen auf die Qualität der Patientenversorgung;</li> <li>- (4) Einflüsse gesunder Arbeitsumgebungen auf die Sicherheit bei Unfällen im Krankenhaus;</li> <li>- (5) Zusammenhänge zwischen der Führung des Pflegepersonals und gesunden Arbeitsumgebungen.</li> <li>- Diese Übersicht zeigt, dass die Krankenschwestern und -pfleger als erste Ansprechpartner für die Patienten die Grundlage für die Patientensicherheit und Pflegequalität bilden.</li> <li>- Die Förderung der Eigenverantwortung, des Engagements und der zwischenmenschlichen Beziehungen des Pflegepersonals bei der Arbeit ist von grundlegender Bedeutung für ein gesundes Arbeitsumfeld und eine hochwertige Patientenversorgung.</li> <li>- Ein gesünderes Arbeitsumfeld führt zu zufriedeneren Krankenschwestern und -pflegern, was sich in einer besseren Arbeitsleistung und einer höheren Qualität der Patientenversorgung niederschlägt, was wiederum die finanzielle Lebensfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen verbessert.</li> <li>- Korrelation mit einem gesundem Arbeitsumfeld positiv mit der psychischen Gesundheit des Pflegepersonals und negativ mit der emotionalen Belastung des Pflegepersonals</li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
89	Zaheer et al. 2019 Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing Kanada	Querschnittsstudie n= 185 Pflegekräfte, Ärzte (Sept. 2015-Feb. 2016)	Wie beeinflusst der Kontext die Fluktuationsabsicht von Mitarbeitern. Untersucht wurden die Auswirkung der von den Mitarbeitern wahrgenommenen Unterstützung der Vorgesetzten für Sicherheit, Teamarbeit und achtsames Organisieren auf die Fluktuationsabsicht. Außerdem werden Interaktionseffekte sicherheitsspezifischer Konstrukte auf die Fluktuationsabsicht untersucht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich nicht nur die Wahrnehmung der Teamarbeit positiv auf die Fluktuationsabsicht auswirkt, sondern auch sicherheitsbewusste, unterstützende Vorgesetzte dazu beitragen können, die negativen Auswirkungen einer schlechten achtsamen Organisation auf die Fluktuationsabsicht der Mitarbeiter an der Frontlinie zu verringern.</li> <li>- Organisationen des Gesundheitswesens sollten Personen in Aufsichtsfunktionen einstellen und halten, die der Sicherheit Priorität einräumen und über angemessene Beziehungskompetenzen verfügen.</li> <li>- Darüber hinaus sollten sie Ressourcen für den Aufbau und die Stärkung der Beziehungskompetenz ihrer Führungskräfte bereitstellen.</li> <li>- wichtig, vor Ort Workshops zu Themen (z. B. Konfliktmanagement) anzubieten, die die Qualität der Teamarbeit verbessern</li> </ul>
90	Zhang et al. 2020 Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses Japan/China, Studien global eingeschlossen (Europa, Australien, USA, Asien)	Systematische Übersicht über Systematische Reviews und Meta-Analysen 22 Studien eingeschlossen: Burnout bei Ärzten (n=9), Krankenschwestern (n=6) und Gesundheitsdienstleistern (n=7) (2014-2019)	Übersicht über Evidenz und Strategien zur Reduktion von Burnouts unter Ärzt:innen und Pflegenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehrzahl der Studien verwendet MBI zur Bewertung von Burnout</li> <li>- Breites Spektrum von Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Auf den Einzelnen ausgerichtete: Emotionsregulierung, Selbstfürsorgeworkshop, Yoga, Massage, Achtsamkeit, Meditation, Stressbewältigungs- und Kommunikationstraining.</li> <li>o Strukturelle/organisatorische: Arbeitsbelastung oder Zeitplanrotation, Stressbewältigungstrainingsprogramm, Gruppengespräche, Teamarbeit/Übergänge, Balint-Training, Nachbesprechungen und eine Fokusgruppe</li> <li>o Kombinierte Interventionen: „Snoezelen“, Stressbewältigungs- und Resilienztraining, Stressbewältigungsworkshop und Verbesserung der Interaktion mit Kollegen durch persönliches Training</li> </ul> </li> </ul>

#	Autor, Titel, Jahr, Durchführungsort	Studientyp, Stichprobengröße, Datenerhebung	Fragestellung/Ziel	Kernaussagen/Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"><li>- Gebündelten Strategie notwendig</li><li>- Evidenz als Grundlage für Gesundheitspolitik / klinische Manager</li></ul>



## Anhang 2: Interviewleitfaden

### Interviewleitfaden

–

### Expert:innenperspektive zur Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern

#### Teil I: Einleitung, Informationen zum Projekt und Datenschutz

*Mein Name ist ... und ich arbeite als wissenschaftliche Mitarbeiterin für die GWS (Gesundheit, Wissenschaft und Strategie GmbH). Ich freue mich heute ein Interview mit Ihnen durchführen zu dürfen: Recht herzlichen Dank dafür.*

*Zunächst möchte ich kurz auf den Hintergrund des Interviews eingehen: Professor Nagel erstellt ein Gutachten zur zukünftigen Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung in Bayern für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in dem es um Lösungen für die Sicherung der zukünftigen intensivmedizinischen Versorgung in Bayern geht. Dabei steht der Fachkräftemangel auf den Intensivstationen – insbesondere in der Pflege – im Fokus. Wir gehen davon aus, dass auch Einsichten aus der Corona-Pandemie hier eine Rolle spielen könnten. Ziel des Interviews ist es, Ihre Perspektive und persönlichen Erfahrungen einzuholen und auf Basis Ihrer Expert:innensicht Handlungsempfehlungen ableiten zu können.*

*Im Verlauf des Interviews werde ich Ihnen daher verschiedene (offene) Fragen stellen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitte, einfach alles zu erzählen, was Ihnen dazu einfällt. Außerdem bitte ich Sie sich ausreichend Zeit für die Beantwortung der Fragen zu nehmen. Ich werde Sie während Ihrer Ausführungen nicht unterbrechen. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können oder wollen, respektiere ich das natürlich.*

*Ich weisen Sie nochmals darauf hin, dass wir das Interview aufzeichnen, wobei wir lediglich das Gespräch aufzeichnen, nicht jedoch das Video. Wir versichern Ihnen, dass alle von Ihnen gemachten Aussagen streng vertraulich behandelt werden. Aus einer Nichtteilnahme ergeben sich keine Nachteile für Sie. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können das Interview auch jederzeit abbrechen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen. Nach wissenschaftlicher Auswertung werden die Audioaufzeichnungen wieder gelöscht.*

*Haben Sie noch Fragen? Mit Ihrem Einverständnis werde ich die **Aufzeichnung** nun **beginnen**.*

➔ **Aufzeichnung starten**

## Teil II: Einleitung / Allgemeines

» **Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Sie im schriftlichen Gutachten genannt werden können.**

1. Namentliche Nennung und Zuordnung von Aussagen zu Ihrer Person
2. Namentliche Nennung, jedoch ohne Zuordnung von Aussagen zu Ihrer Person
3. Keine namentliche Nennung.

**Wie dürfen wir Sie im Gutachten aufführen?**

➔ **Falls 2 oder 3: Welcher Kategorie dürfen wir Sie zuordnen? Zum Beispiel...**

- Ärzt:innen
- Pflegekräfte
- Krankenhausmanager:innen
- Wissenschaftler:innen
- Interessensvertreter:innen
- Gesundheitspolitiker:innen

» **Können Sie mir bitte etwas über Ihre Berührungspunkte zur und allgemeinen Erfahrungen in der medizinischen Versorgung und Pflege erzählen?**

## Teil III: Problembeschreibung

» **Im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung wird der Fachkräftemangel als zentrales Problem diskutiert. Welche Hauptgründe für die Fluktuation von Pflegekräften sehen Sie aus Ihrer Perspektive als besonders wichtig an? Uns geht es dabei insbesondere um die Gründe für die arbeitnehmerseitig initiierte Auflösung des Arbeitsverhältnisses.**

**Nachzufassende Gründe:**

### (A) Überbetriebliche Ursachen:

#### (1) Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung

- Attraktivität der Profession/Gesellschaftliche Stellung der Profession
- Ortsnähe/Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes
- Vertretung in politischen Entscheidungsgremien

### (B) Betriebliche Ursachen:

#### (2) Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung

- Innerbetriebliche Wertstellung der Profession
- Positionierung der Berufsgruppe Pflege in Entscheidungsgremien des Hauses (starke Stellung der Pflegedienstleitung/-direktion)
- Nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen/bedarfsgerechte Personalbemessung
- Mehr Zeit für menschliche Zuwendung/guter persönlicher Kontakt zu Patient:innen/Zeit für Menschen
- Verdienstmöglichkeiten
  - Einkommenshöhe Grundgehalt
  - Tarifbindung
  - Sonderzahlungen
- Möglichkeit der Spezialisierung
- Dauerhaft mehr Befugnisse
- Selbstständigkeit bei alltäglicher Berufsausübung
- (Interprofessionelle) Zusammenarbeit

**(3) Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben**

- Einhaltung von Dienstplänen und Urlaubszeiten/keine regelmäßig geplanten Überstunden
- Arbeitszeiten
  - Angebot von Jahresarbeitszeit- oder Lebensarbeitskonto-Modellen
  - flexible Arbeitszeitmodelle
  - Verbindliche Dienstpläne
- Einhaltung von Pausenzeiten
- Vereinbarkeit mit Familienleben/Angebot von Unterstützung zur Kinderbetreuung
- Keine geteilten Dienste
- Finanzierung von Mobilitätsangeboten
- Keine Nachtdienste
- Keine Wochenenddienste

**(4) Gesundheitsschutz und Prävention**

- Mentale und körperliche Arbeitsbelastungen → Präventionsangebote
- Möglichkeit, bei der Arbeit Erlebtes psychisch zu verarbeiten → BGM/Präventionsangebote
- Verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung
- Altersgerechter Zuschnitt von Tätigkeiten
- Einsatz von Technik zur Reduzierung körperlicher Belastungen
- Möglichkeit in wechselnden Aufgabenfeldern tätig sein zu können

**(5) Organisation und Führung**

- Führung und Anleitung
- Arbeitsvertragsbedingungen (sicherer Arbeitsplatz, unbefristeter Arbeitsvertrag)
- Fairer Umgang mit Kolleg:innen
- Wertschätzung von Leistung auf Tagesebene/ Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte
- Vorgesetzte, die sensibel gegenüber der Arbeitsbelastung sind
- Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft
- Einarbeitung (z.B. in neue Sachverhalte)
- Branding
- Vereinfachte Dokumentation/Anteil an Verwaltungsarbeit/pflegefremde Tätigkeiten
- Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Eigenständige Planung, Steuerung und Überwachung von Pflegeprozessen
- Digitale Anwendungen zur Unterstützung der Arbeitsorganisation
- Klar definierte Aufgabenteilung
- Teambildungsmaßnahmen mit Kolleg:innen
- Wenig personelle Wechsel im Team
- Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen
- Schulungen im Umgang mit Konflikten mit Kolleg:innen

**(6) Weiterbildung und Karriere**

- Fort- und Weiterbildungsangebote → höheres Gehalt
- Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten
- Betriebliche Personalentwicklung
- Erweiterung fachlicher Einsatzmöglichkeiten
- Unterstützung akademischer Weiterbildung
- Bereitstellen von E-Learning-Angeboten
- Aufstiegsmöglichkeiten in der Position

**» Sehen Sie diese Gründe für die Pflegesituation im Allgemeinen oder gelten diese spezifisch für die intensivmedizinische Pflege oder die Pflege außerhalb von Intensivstationen?**

- Falls **nicht für Intensivstationen geltend**: Gibt es weitere Gründe, die für die intensivmedizinische Pflege im Spezifischen gelten?  
(z.B. Bedienen von Maschinen ohne Anweisung, ...)

**» Welche weiteren zentralen Probleme neben dem Fachkräftemangel sehen Sie in der intensivmedizinischen Pflege im Spezifischen?**

## Teil IV: Lösungsansätze

*Ich möchte nun noch mehr über Ihre Perspektive zu und Erfahrung mit möglichen Lösungsansätzen zur Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung erfahren.*

- » **Mit welchen Anreizsystemen zur Bindung der Pflegekräfte an die stationäre Versorgung haben Sie bereits Erfahrung gemacht?**
  - Waren die Erfahrungen in der intensivmedizinischen Pflege?
    - Falls **nein**: Lassen sich die Erfahrungen auf die intensivmedizinische Pflege übertragen?
      - Falls **ja**: Mit welchen Limitationen/Anpassungen?
      - Falls **nein**: Welche Gründe liegen hierfür vor?
- » **Gibt es aus Ihrer Perspektive weitere Anreizsysteme oder Maßnahmen, die zur Bindung der Pflegekräfte an die stationäre Versorgung beitragen?**
  - Gelten diese Maßnahmen auch für die intensivmedizinische Pflege?
    - Falls **ja**: Mit welchen Limitationen/Anpassungen?
    - Falls **nein**: Welche Gründe liegen hierfür vor?

*Um die zukünftige Pflegeversorgung zu sichern, wird nicht nur die Bindung der bereits bestehenden Pflegekräfte diskutiert, sondern auch die Gewinnung neuer Pflegekräfte.*

- » **Welche Maßnahmen sollten ergriffen bzw. welche Anreizsysteme geschaffen werden, um zukünftig neue Pflegekräfte gewinnen zu können?**
  - Waren die Erfahrungen in der intensivmedizinischen Pflege?
    - Falls **nein**: Lassen sich die Erfahrungen auf die intensivmedizinische Pflege übertragen?
      - Falls **ja**: Mit welchen Limitationen/Anpassungen?
      - Falls **nein**: Welche Gründe liegen hierfür vor?

Mögliche Hinweise um nachzufassen:

- Akademisierung
- Interprofessionelle Zusammenarbeit (Pilotprojekte ähnlich HIPSTA)
- Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen (siehe Probleme oben: Bezahlung, ...)
- Innovative Ansätze (z.B. Pflegerobotik)

## Teil V: COVID-19-Pandemie

- » **Welchen Einfluss nimmt aus Ihrer Perspektive die Corona-Pandemie auf die intensivmedizinische Pflegesituation?**
- » **Sehen Sie die Corona-Pandemie als Chance zur Gewinnung neuer Pflegekräfte?**  
(Bewusstsein in der Gesellschaft durch die Pandemie geschaffen, Motivation für die Pflege, ...)
- » **Was sind die wichtigsten Learnings aus der Corona-Pandemie für die (intensivmedizinische) Pflege?**
  
- » **Wir sind am Ende des Interviews angekommen – Gibt es noch etwas, was Sie ganz allgemein oder aus Ihrer Profession heraus – für Sie als *...Profession ergänzen ...* – gerne ansprechen würden, was wir bisher noch nicht thematisiert haben, Sie aber gerne noch loswerden möchten?**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

➔ **Aufzeichnung beenden**

## Anhang 3: Kategoriensystem und Häufigkeiten

Liste der Codes (hierarchisch)	Häufigkeit
<b>Codesystem gesamt</b>	<b>745</b>
<b>Lösungsansätze</b>	<b>380</b>
Investition Personalgewinnung	64
<i>Werbung für den Beruf allgemein</i>	60
<i>Bezahlbarer Wohnraum</i>	2
<i>Anwerbung neuer Kolleg*innen</i>	2
Karrieremöglichkeiten	60
<i>Unterstützung der Karriere</i>	25
<i>Erweiterung der Handlungskompetenzen</i>	13
<i>Stellen schaffen für akademisiertes Personal</i>	11
<i>Angebote schaffen</i>	5
<i>Weniger Arbeit am Patienten</i>	3
<i>Auszeiten / Freistellungen</i>	3
Funktionierende Teams	33
<i>Team allgemein</i>	20
<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	13
Einarbeitung	33
<i>Einstiegshilfen für Personal in Elternzeit</i>	9
<i>Praxisanleitung</i>	7
<i>Mentoring</i>	6
<i>Kontakt halten</i>	5
<i>Einsatz auf ITS trotz Generalistik</i>	3
<i>„Hands-on-Kurse“ bei neuen Verfahren</i>	2
<i>Willkommenskultur</i>	1
Höhere Vergütung	23
<i>Allgemein</i>	11
<i>Leistungs- und erfahrungsbezogene Vergütung</i>	7
<i>Boni</i>	3
<i>Unterstützung bei Fahrtkosten</i>	2
Verbindliche Dienstpläne	17
Arbeitsentlastung	16
<i>Personalausstattung</i>	6
<i>Differenzierung der Belastung / Bemessungsinstrumente</i>	5
<i>Digitalisierung</i>	2
<i>Erholungspausen</i>	2
<i>Delegation patienten-und pflegeferner Tätigkeiten</i>	1
Politik / Recht	14
<i>Allgemein</i>	7

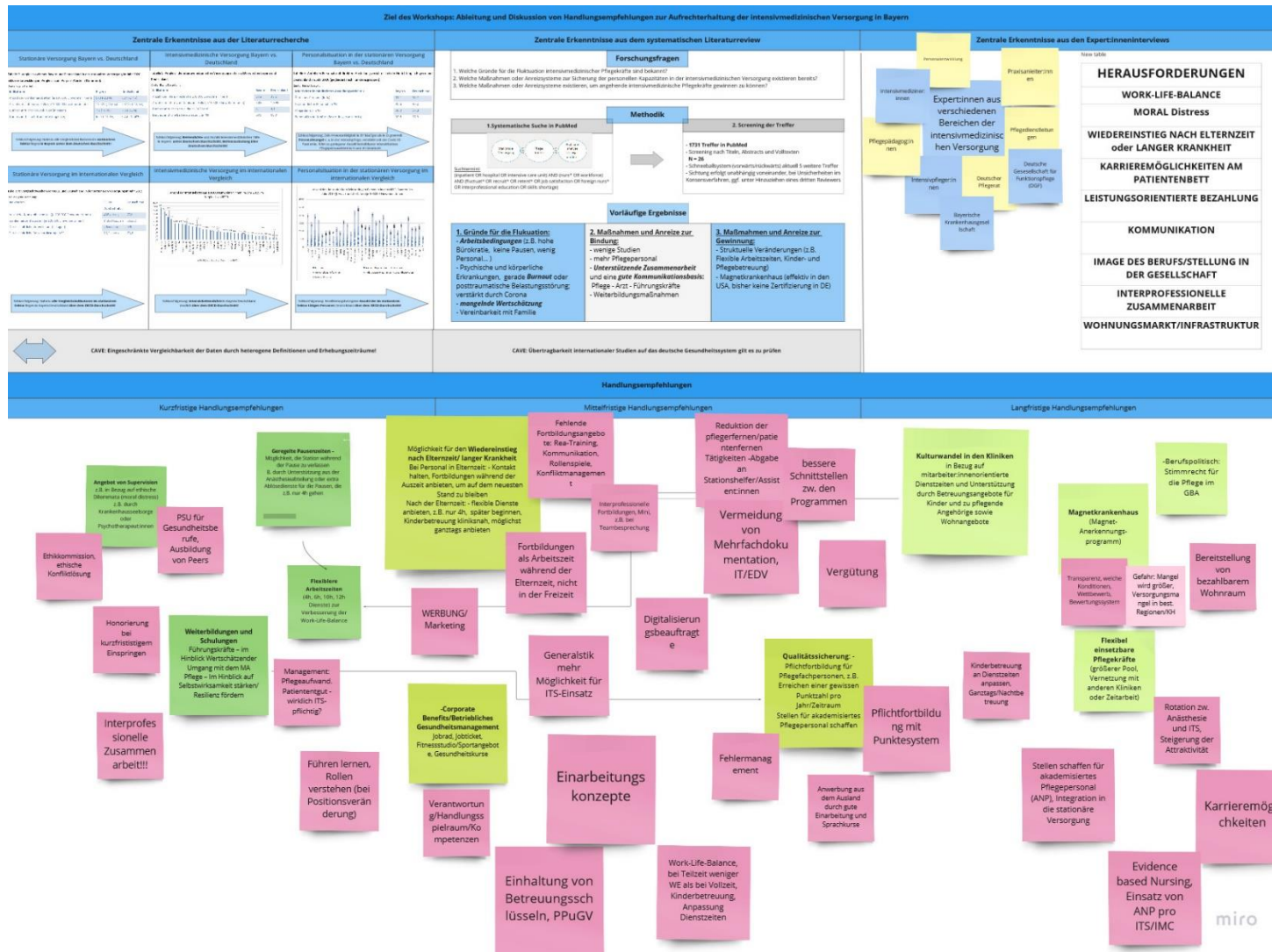
Liste der Codes (hierarchisch)	Häufigkeit
<i>Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss</i>	4
<i>Berufspolitische Organisation</i>	1
<i>Ausstattung</i>	1
<i>Vorhaltung</i>	1
Flexibilität	13
Good-Practice-Beispiele	11
Qualitätssicherung	9
<i>Allgemein</i>	7
<i>Pflichtfortbildungen</i>	2
Kinderbetreuung	9
Springer*innenpool	9
Zeitarbeiter*innen / Leasingpersonal	8
Corporate Benefits / Betriebliches Gesundheitsmanagement	8
Anerkennung/Wertschätzung	7
Führung	6
<i>Schulungen Führungspersonal</i>	5
<i>Transparenz</i>	1
Betreuungsschlüssel	6
Finanzierungssystem - Krankenhausleistungen	5
Wettbewerbsfähigkeit	5
<i>Ranking Krankenhäuser</i>	4
<i>Magnetkrankenhäuser</i>	1
Gewinnung von Personal aus dem Ausland	4
Klare Aufgabenprofile	4
Supervision / emotionale Unterstützung	4
Krankenhausplanung	4
Rahmen- und Arbeitsbedingungen	3
Anerkennung	2
Umschulung aus anderen Berufen	1
Zeit für Patient*innen	1
Grundständige Intensiv-Ausbildung	1
<b>Problembeschreibung</b>	<b>251</b>
Arbeitsbelastung / -überlastung	49
<i>Allgemein</i>	28
<i>Überforderung / hohe Belastung</i>	12
<i>Kompensation von Personalausfällen</i>	4
<i>Sonstige</i>	3
<i>Fehlende Erholungspausen</i>	2
Karrieremöglichkeiten	47
<i>Außenpräsentation</i>	27

Liste der Codes (hierarchisch)	Häufigkeit
<i>Karriere patientenfern</i>	13
<i>Eingeschränkter Handlungsspielraum</i>	4
<i>Fehlende Karrieremöglichkeiten</i>	3
Infrastruktur	21
<i>Wohnungsnot</i>	17
<i>Nähe zum Wohnort</i>	2
<i>Kinderbetreuung</i>	1
<i>Technische Ausstattung</i>	1
Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PPuGV)	13
Fehlgeleitete / mangelnde Wertschätzung	12
Organisation und Führung	12
<i>Zurückholen aus der Freizeit</i>	3
<i>Rahmenbedingungen</i>	3
<i>Hierarchien</i>	3
<i>Abrechnungssystem / DRGs</i>	1
<i>Überlastung</i>	1
<i>Beteiligung an Therapieentscheidungen</i>	1
Komplexität	10
Fehlende Einarbeitung	9
Vereinbarkeit Beruf und Privatleben	9
Reduktion der Arbeitszeit	9
Abhängigkeit der Rückgewinnung von den Gründen für Ausstieg	8
Dienst- / Arbeitszeit	7
Generalistische Pflegeausbildung	7
Ungenutzte Weiterbildungen	5
Ethische Dilemmata / moral distress	5
Finanzen / Steuern	5
Unwohlsein im Beruf / allgemeine Unzufriedenheit / persönliche Gründe	5
Kommunikation	4
Patientenferne Tätigkeiten	4
Fehlende Anerkennung durch andere Berufsgruppen	3
Suche nach neuen Perspektiven	3
Ausstieg direkt nach Berufsabschluss	3
Determinanten / Spezifika der Arbeit	1
<b>COVID-19-Pandemie</b>	<b>114</b>
Positive Aspekte	37
<i>Unterstützung</i>	11
<i>Bekanntheit des Berufsbildes</i>	8
<i>Allgemein</i>	7
<i>Wissenszuwachs</i>	5











Liste der Codes (hierarchisch)	Häufigkeit
<i>Beschleunigung von Prozessen</i>	2
<i>Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten</i>	2
<i>Zusammengehörigkeitsgefühl</i>	1
<i>Resilienz</i>	1
Impfpflicht	33
<i>Allgemein</i>	24
<i>Rückgang der Ausbildungszahlen</i>	5
<i>Ärger und Angst</i>	3
<i>Aufklärung nötig</i>	1
Allgemein	23
Psychische und physische Belastungen	12
Schutzmaßnahmen	3
Politisches Versagen	3
Angst vor Ansteckung	1
Geschäftsführung nicht auf Intensivstation präsent	1
Corona-Boni	1

# Anhang 4: miro Board des Expert:innenworkshops zur Ableitung von Handlungsoptionen



## Anhang 5: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Landespolitik

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Verbesserung der IT</b>		X		
Nutzung von technischen Lösungen zur Vermeidung von Mehrfachdokumentationen und zum Bürokratieabbau				
Einführung von KI-gestützten Technologien in der Dienstplanung				
Einführung von Digitalisierungsbeauftragten				
<b>Konsequente Gewährleistung von Erholungspausen</b>	X			
Einführen von Ablösediensten (bspw. durch die Anästhesieabteilung) zur Abdeckung der Pausenzeiten, um die Intensivstation während der Pause verlassen zu können				
<b>Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des evidence-based-nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens</b>		X		
Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung				
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
<b>Oben beschriebene Handlungsoptionen</b>	X	X	X	
<b>Marketingmaßnahmen</b>		X		
<b>Mitarbeiter:innengewinnung aus dem Ausland</b>		X		

## Anhang 6: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Pflegekräfte

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
<b>Konsequente Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen</b>	X			
<b>Flächendeckende Einführung eines zielgruppenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	X			
Angebote, die die Spezifika von Pflegekräften berücksichtigen (Verbesserung der Resilienz, der Schlafqualität, körperliche und kognitive Entspannungstechniken, Maßnahmen zur Stressbewältigung, kognitive Verhaltenstherapien, schlafförderliche Verhaltensweisen)				
<b>Förderung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Mediziner:innen</b>	X			
Initiativen zur Optimierung der interdisziplinären Kommunikation (bspw. Fort- und Weiterbildungen im Kontext von Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation, Konflikt-/Fehlermanagement, Teambuildingmaßnahmen)				
<b>Schaffen klarer Rollenbilder</b>	X			
Zuweisen von Kompetenzen und Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb von interdisziplinären Teams				
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Verbesserung der Arbeitsorganisation durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten</b>	X			
Ermöglichung von variablen Schichtlängen				
Berücksichtigen einer Balance zwischen tatsächlicher Arbeitszeit und der Anzahl an Wochenenddiensten				
Anpassung der Arbeitszeiten und Schichtlänge an familiäre Situationen, insbesondere an Betreuungszeiten der Kinder				
<b>Einhaltung der Betreuungsschlüssel nach dem PpUGV</b>		X	X	
Schaffen eines flexiblen Pflegepersonal-Pools		X		
Pilotierung von neuartigen Ansätzen zur Personalbemessung auf Grundlage der optimalen Arbeitsbelastung			X	
<b>Rotation von Pflegekräften</b>		X		
<b>Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des Evidence-based-Nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens</b>		X		
Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung				
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
<b>Oben beschriebene Handlungsoptionen</b>	X	X	X	

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
Entwicklung von Einarbeitungskonzepten		X		<input checked="" type="radio"/>

## Anhang 7: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Pflegedienst-, Stationsleitung und der Führungskräfte

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
<b>Supervisionsangebote durch externe Supervisor:innen und interne Fachkräfte (z.B. Krankenhausesseelsorger:innen)</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Unterstützung bei teaminternen Konflikten				
Unterstützung bei individuellen psychischen Belastungen				
Unterstützung bei ethischen Dilemmata im Berufsalltag				
<b>Angebote von Mentoring-Programmen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Flächendeckendes Einführen von Mentoring-Programmen für Berufseinsteiger:innen				
<b>Konsequente Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Konsequente Umsetzung des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Flächendeckende Einführung eines zielgruppenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	X			<input type="radio"/>
Angebote, die die Spezifika von Pflegekräften berücksichtigen (Verbesserung der Resilienz, der Schlafqualität, körperliche und kognitive Entspannungstechniken, Maßnahmen zur Stressbewältigung, kognitive Verhaltenstherapien, schlafförderliche Verhaltensweisen)				
<b>Förderung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Mediziner:innen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Initiativen zur Optimierung der interdisziplinären Kommunikation (bspw. Fort- und Weiterbildungen im Kontext von Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation, Konflikt-/Fehlermanagement, Teambuildingmaßnahmen)				
<b>Schaffen klarer Rollenbilder</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Zuweisen von Kompetenzen und Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb von interdisziplinären Teams				
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Reduktion der pflege- bzw. patientenfernen Tätigkeiten</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
Delegation pflege- bzw. patientenfernen Aufgaben an Stationshelfer:innen und Assistent:innen				

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Anästhesietechnische Assistent:innen und Rettungsassistent:innen				
Nutzen von Bestellsystemen zur Bestellung von Waren oder Verpflegung der Patient:innen				
Einführung eines Hol- und Bringservices v.a. in peripheren Stationen				
<b>Verbesserte Planung der Auslastung der Intensivstation bzw. langfristige Personalplanung im Zusammenhang mit elektiven Eingriffen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Verbesserung der Arbeitsorganisation durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Ermöglichung von variablen Schichtlängen				
Berücksichtigen einer Balance zwischen tatsächlicher Arbeitszeit und der Anzahl an Wochenenddiensten				
Anpassung der Arbeitszeiten und Schichtlänge an familiäre Situationen, insbesondere an Betreuungszeiten der Kinder				
<b>Konsequente Gewährleistung von Erholungspausen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Einführen von Ablösediensten (bspw. durch die Anästhesieabteilung) zur Abdeckung der Pausenzeiten, um die Intensivstation während der Pause verlassen zu können				
<b>Einhaltung der Betreuungsschlüssel nach dem PpUGV</b>		X	X	<input checked="" type="radio"/>
Schaffen eines flexiblen Pflegepersonal-Pools		X		
Pilotierung von neuartigen Ansätzen zur Personalbemessung auf Grundlage der optimalen Arbeitsbelastung			X	
<b>Kulturwandel im Kontext der Mitarbeiter:innenführung</b>		X	X	<input checked="" type="radio"/>
Bereitstellen von finanzierbarem Wohnraum		X		
Kliniknahe Betreuungsangebote für Kinder und pflegebedürftige Angehörige zu mitarbeiter:innenfreundlichen Betreuungszeiten		X		
Definition und Aufzeigen von Karrierepfaden		X		
<b>Rotation von Pflegekräften</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
<b>Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des Evidence-based-Nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung				
<b>Stärkung der Mitarbeiter:innenbindung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit</b>				
<b>Verringerung von Ausfallzeiten</b>			X	<input checked="" type="radio"/>











Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
Verringerung von krankheitsbedingten Ausfallzeiten durch obenstehende Maßnahmen				
Re-Integration von Mitarbeiter:innen nach längerer Erkrankung oder Mutterschutz/Elternzeit				
<b>Steigerung der Qualitätssicherung</b>			X	<input type="radio"/>
Anbieten von Fortbildungen abwesender Mitarbeiter:innen als vergütete Arbeitszeit				
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
Oben beschriebene Handlungsoptionen	X	X	X	<input checked="" type="radio"/>
Entwicklung von Einarbeitungskonzepten		X		<input checked="" type="radio"/>










## Anhang 8: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Klinikleitung

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
<b>Supervisionsangebote durch externe Supervisor:innen und interne Fachkräfte (z.B. Krankenhausseelsorger:innen)</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Unterstützung bei teaminternen Konflikten				
Unterstützung bei individuellen psychischen Belastungen				
Unterstützung bei ethischen Dilemmata im Berufsalltag				
<b>Angebote von Mentoring-Programmen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Flächendeckendes Einführen von Mentoring-Programmen für Berufseinsteiger:innen				
<b>Konsequente Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Konsequente Umsetzung des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Flächendeckende Einführung eines zielgruppenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Angebote, die die Spezifika von Pflegekräften berücksichtigen (Verbesserung der Resilienz, der Schlafqualität, körperliche und kognitive Entspannungstechniken, Maßnahmen zur Stressbewältigung, kognitive Verhaltenstherapien, schlafförderliche Verhaltensweisen)				
<b>Förderung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Mediziner:innen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Initiativen zur Optimierung der interdisziplinären Kommunikation (bspw. Fort- und Weiterbildungen im Kontext von Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation, Konflikt-/Fehlermanagement, Teambuildingmaßnahmen)				
<b>Schaffen klarer Rollenbilder</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Zuweisen von Kompetenzen und Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb von interdisziplinären Teams				
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Reduktion der pflege- bzw. patientenfernen Tätigkeiten</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
Delegation pflege- bzw. patientenfernen Aufgaben an Stationshelfer:innen und Assistent:innen				
Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Anästhesietechnische Assistent:innen und Rettungsassistent:innen				
Nutzen von Bestellsystemen zur Bestellung von Waren oder Verpflegung der Patient:innen				








Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	<input type="radio"/> bedingte Zuständigkeit <input checked="" type="radio"/> volle Zuständigkeit
Einführung eines Hol- und Bringservices v.a. in peripheren Stationen				<input checked="" type="radio"/>
<b>Verbesserung der IT</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
Nutzung von technischen Lösungen zur Vermeidung von Mehrfachdokumentationen und zum Bürokratieabbau				
Einführung von KI-gestützten Technologien in der Dienstplanung				
Einführung von Digitalisierungsbeauftragten				
<b>Verbesserte Planung der Auslastung der Intensivstation bzw. langfristige Personalplanung im Zusammenhang mit elektiven Eingriffen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
<b>Verbesserung der Arbeitsorganisation durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Ermöglichung von variablen Schichtlängen				
Berücksichtigen einer Balance zwischen tatsächlicher Arbeitszeit und der Anzahl an Wochenenddiensten				
Anpassung der Arbeitszeiten und Schichtlänge an familiäre Situationen, insbesondere an Betreuungszeiten der Kinder				
<b>Konsequente Gewährleistung von Erholungspausen</b>	X			<input checked="" type="radio"/>
Einführen von Ablösediensten (bspw. durch die Anästhesieabteilung) zur Abdeckung der Pausenzeiten, um die Intensivstation während der Pause verlassen zu können				
<b>Einhaltung der Betreuungsschlüssel nach dem PpUGV</b>		X	X	<input checked="" type="radio"/>
Schaffen eines flexiblen Pflegepersonal-Pools		X		
Pilotierung von neuartigen Ansätzen zur Personalbemessung auf Grundlage der optimalen Arbeitsbelastung			X	
<b>Kulturwandel im Kontext der Mitarbeiter:innenführung</b>		X	X	<input checked="" type="radio"/>
Bereitstellen von finanzierbarem Wohnraum		X		
Kliniknahe Betreuungsangebote für Kinder und pflegebedürftige Angehörige zu mitarbeiter:innenfreundlichen Betreuungszeiten		X		
Definition und Aufzeigen von Karrierepfaden		X		
<b>Schaffung von Stellen für akademisiertes Pflegepersonal</b>			X	<input checked="" type="radio"/>
<b>Rotation von Pflegekräften</b>		X		<input checked="" type="radio"/>
<b>Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des Evidence-based-Nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens</b>		X		<input checked="" type="radio"/>

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung				
<b>Gewährleisten einer leistungsgerechten Vergütung</b>		X		
Verankern von angepassten und transparenten Tarifverträgen				
Bonuszahlungen bei kurzfristigem Einspringen				
Einführung von Corporate Benefits				
<b>Stärkung der Mitarbeiter:innenbindung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit</b>				
<b>Verringerung von Ausfallzeiten</b>			X	
Verringerung von krankheitsbedingten Ausfallzeiten durch obenstehende Maßnahmen				
Re-Integration von Mitarbeiter:innen nach längerer Erkrankung oder Mutterschutz/Elternzeit				
<b>Steigerung der Qualitätssicherung</b>			X	
Anbieten von Fortbildungen abwesender Mitarbeiter:innen als vergütete Arbeitszeit				
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
<b>Oben beschriebene Handlungsoptionen</b>	X	X	X	
Entwicklung von Einarbeitungskonzepten		X		
Marketingmaßnahmen		X		
Mitarbeiter:innengewinnung aus dem Ausland		X		
Einführung bzw. Pilotierung von Magnetkrankenhäusern		X		

## Anhang 9: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Ausbildungsstätten

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
<b>Förderung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Mediziner:innen</b> Initiativen zur Optimierung der interdisziplinären Kommunikation (bspw. Fort- und Weiterbildungen im Kontext von Resilienz/Selbstwirksamkeit, Kommunikation, Konflikt-/Fehlermanagement, Teambuildingmaßnahmen)	X			
<b>Schaffen klarer Rollenbilder</b> Zuweisen von Kompetenzen und Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb von interdisziplinären Teams	X			
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des Evidence-based-Nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens</b> Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung		X		
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
<b>Oben beschriebene Handlungsoptionen</b>	X	X	X	
<b>Marketingmaßnahmen</b>		X		

## Anhang 10: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
Schaffung von Stellen für akademisiertes Pflegepersonal			X	
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
Forderung und Förderung von Fortbildungen im Sinne des Evidence-based-Nursing und des eigenverantwortlichen Arbeitens Kontrollieren und Finanzieren der Fortbildungen zur Qualitätssicherung		X		
<b>Gewährleisten einer leistungsgerechten Vergütung</b>		X		
Verankern von angepassten und transparenten Tarifverträgen				
Bonuszahlungen bei kurzfristigem Einspringen				
Einführung von Corporate Benefits				
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				
Oben beschriebene Handlungsoptionen	X	X	X	
Marketingmaßnahmen		X		

## Anhang 11: Handlungsoptionen in der Zuständigkeit der Bundespolitik

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	 bedingte Zuständigkeit  volle Zuständigkeit
<b>Verbesserung der Resilienz und Reduzierung von Moral Distress</b>				
<b>Flächendeckende Einführung eines zielgruppenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements</b> Angebote, die die Spezifika von Pflegekräften berücksichtigen (Verbesserung der Resilienz, der Schlafqualität, körperliche und kognitive Entspannungstechniken, Maßnahmen zur Stressbewältigung, kognitive Verhaltenstherapien, schlafförderliche Verhaltensweisen)	X			
<b>Verbesserung der Arbeitsgestaltung</b>				
<b>Verbesserung der IT</b> Nutzung von technischen Lösungen zur Vermeidung von Mehrfachdokumentationen und zum Bürokratieabbau Einführung von KI-gestützten Technologien in der Dienstplanung Einführung von Digitalisierungsbeauftragten		X		
<b>Verbesserte Planung der Auslastung der Intensivstation bzw. langfristige Personalplanung im Zusammenhang mit elektiven Eingriffen</b>	X			
<b>Verbesserung der Arbeitsorganisation durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten</b> Ermöglichung von variablen Schichtlängen Berücksichtigen einer Balance zwischen tatsächlicher Arbeitszeit und der Anzahl an Wochenenddiensten Anpassung der Arbeitszeiten und Schichtlänge an familiäre Situationen, insbesondere an Betreuungszeiten der Kinder	X			
<b>Kulturwandel im Kontext der Mitarbeiter:innenführung</b> Bereitstellen von finanzierbarem Wohnraum Kliniknahe Betreuungsangebote für Kinder und pflegebedürftige Angehörige zu mitarbeiter:innenfreundlichen Betreuungszeiten Definition und Aufzeigen von Karrierepfaden		X	X	
<b>Einräumen eines Stimmrechts der Pflege im G-BA</b>			X	
<b>Gewinnung neuer Intensivpflegekräfte</b>				

Ziel Handlungsoption Einzelmaßnahme	Zeitliche Dimension			Zuständigkeit
	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	◐ bedingte Zuständigkeit ● volle Zuständigkeit
Oben beschriebene Handlungsoptionen	X	X	X	●
Anpassung der Ausbildungszeit		X		●
Marketingmaßnahmen		X		◐
Mitarbeiter:innengewinnung aus dem Ausland		X		●
Einführung bzw. Pilotierung von Magnetkrankenhäusern		X		◐



**GWS – Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH**

Prieserstraße 6b

95444 Bayreuth

eckhard.nagel@health-science-strategy.de

[www.health-science-strategy.de](http://www.health-science-strategy.de)